

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

20

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 14 Novembre 1895, à 1 heure

PAR

PAUL ROESCH

Né à Schlestadt (Alsace), le 7-Janvier 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

RECHERCHES ET CONSIDÉRATIONS

SUR LE

MÉNINGISME

CHEZ LES ENFANTS

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : { M. BROUARDEL, professeur.
 { MM. CHARRIN et MARFAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 14 Novembre 1895, à 1 heure

PAR

PAUL ROESCH

Né à Schlestadt (Alsace), le 7 Janvier 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

RECHERCHES ET CONSIDÉRATIONS

SUR LE

MÉNINGISME

CHEZ LES ENFANTS

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : { M. BROUARDEL, professeur.
 { MM. CHARRIN et MARFAN, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		FOUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
Clinique médicale.....		SEE (G.)
		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILLAUD.
Clinique chirurgicale.....		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SCHWARTZ.
BAR.	LEJARS.	SEBILLEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERRY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHANTEMESSE.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVENT.	NELATON.	VILLEJEAN.
DELBET.	NETTER.	WALTER.
FAUCONNIER.	POIRIER, chef des	WEISS.
GAUCHER.	trav. anatomiques.	WIDAL.
GILBERT.	REITTERER.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.		

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de profonde reconnaissance

A MA SŒUR

Témoignage de grande affection

A MES AMIS

Dévouement

A MON MAÎTRE .

MONSIEUR LE DOCTEUR J. COMBY

Médecin de l'hôpital Trousseau

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE .

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin de l'hôpital Andral

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Lorsque l'on consulte ce qui a été écrit sur les pseudo-méningites, on ne tarde pas à s'apercevoir que des opinions diverses ont été émises sur cette question, mais il semble qu'on ne soit pas encore parvenu à bien coordonner, à bien enchaîner les différents éléments de ce processus pathologique, de façon à en faire un tableau clinique uniforme et complet. M. Dupré, au congrès de médecine interne tenu à Lyon en octobre 1894, paraît avoir justement délimité cette curieuse affection, et, en proposant le terme de méningisme, paraît avoir englobé, sous cette forme, les éléments épars recueillis jusqu'à ce jour, de manière à créer une place fixe, dans le cadre nosologique, à une manifestation morbide désormais classique, présentant un ensemble clinique bien déterminé, et dont les observations se multiplieront à mesure que l'on prend soin de les reconnaître et de les rechercher.

« Les pseudo-péritonites, dit M. Dupré, qui méritent bien l'heureuse désignation de péritonisme que Gubler leur avait réservée, sont vraiment à la séreuse abdominale, ce que sont à la séreuse cérébrale les pseudo-méningites. Je crois qu'on est en droit, en présence d'une telle analogie dans les faits, d'invoquer ce précédent, et d'établir dans le

langage la distinction qui, dans la réalité, sépare des groupes de phénomènes aussi profondément différents. En qualifiant de *méningisme* l'ensemble des symptômes éveillés par la souffrance des méninges, on isole ainsi la lésion du symptôme et l'on réserve une formule spéciale à une catégorie spéciale de faits ; celle où des influences d'ordre toxique ou réflexe mettent en jeu la série des symptômes ordinairement provoqués par une lésion inflammatoire directe. »

Ainsi, en adoptant le terme commun de méningisme, M. Dupré a établi entre la méningite et le méningisme, entre la maladie septique et la maladie toxique, la même opposition qu'entre la péritonite et le péritonisme.

La question a déjà été traitée sous différentes formes : pour les uns, ce n'est qu'une manifestation nerveuse chez une personne en puissance d'hystérie ; de là les pseudo-méningites hystériques ; — pour les autres, ce ne serait qu'une localisation particulière d'une infection générale ; d'où les pseudo-méningites grippales, pneumoniques, etc. Notre but n'est point de faire la critique de ces diverses opinions, toutes justes dans leur essence ; nous chercherons à les confirmer, à les unir. Nous voulons montrer que tous les cas de pseudo-méningites observés ne sont au fond que des cas d'hystérie infectieuse ou toxique. Aux observations les plus caractéristiques que nous emprunterons, nous joindrons quelques cas spéciaux qui ont été mis gracieusement à notre disposition par M. le docteur Comby.

Nous n'avons pas l'intention de donner un ensemble clinique complet, nous reconnaissons toute la difficulté

d'une tâche qui serait au-dessus de nos moyens. Nous nous contenterons d'émettre quelques hypothèses que nous aura suggéré l'étude des faits ; les diverses opinions avancées par nos maîtres viendront corroborer nos conclusions.

C'est grâce aux encouragements et à la bienveillance soutenue de notre savant maître, M. le docteur Comby, que nous avons osé entreprendre cette tâche délicate ; qu'il nous soit permis de lui exprimer notre bien sincère reconnaissance.

Nous ne saurions trop remercier également M. le docteur Barié qui nous a initié à l'étude clinique des cardiopathies ; — M. le docteur Netter qui nous a appris à aimer la bactériologie.

Nous garderons le meilleur souvenir de nos autres maîtres, chirurgiens des hôpitaux, MM. les docteurs Peyrot, Bazy et Marchand, et nous leur adressons l'expression de notre vive gratitude pour leurs excellentes leçons.

Nous rendons hommage au dévouement soutenu, et à l'enseignement fécond de nos maîtres.

Nous adressons nos remerciements à M. le professeur Debove pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



HISTORIQUE

La conception du méningisme tel que nous l'admettons aujourd'hui est chose tout à fait récente. L'épidémie de grippe de 1889-90, caractérisée par la prédominance des symptômes nerveux, a fourni des exemples nombreux de pseudo-méningites grippales. On considérait le principe infectieux de la maladie, le poison grippal, comme capable de provoquer des troubles nerveux simulant, à s'y méprendre, les accidents de la méningite tuberculeuse.

Antérieurement déjà, on avait reconnu l'existence possible de méningites microbiennes dans lesquelles le bacille de Koch n'était pas en jeu. Les méningites dues au pneumocoque avec ou sans pneumonie, les méningites dues au bacille d'Eberth avec ou sans fièvre typhoïde avaient déjà été traitées à cette époque. On a étudié également une autre série de pseudo-méningites caractérisées par l'exagération d'un élément nerveux et pour lesquelles l'hystérie joue le seul rôle important. L'hystérie pourrait simuler de toutes pièces, le syndrome méningitique. Enfin, les observations de pseudo-méningites réflexes causées par la présence d'helminthes dans l'intestin sont, en général, peu nombreuses.

Il est à supposer qu'avant la publication de tous ces mémoires, et qu'antérieurement à deux, bien des cas de méningisme ont été méconnus. Toutes les méningites tuberculeuses, suivies de guérison dont parlent Rilliet (1), Trousseau, Barth, West, Henoch, Blache et autres, n'étaient peut-être pas toutes tuberculeuses, dans leur essence.

Laveran, dans le dictionnaire Dechambre. (T. IV, 4^e série, p. 658, Art. méningite), rappelle une épidémie de grippe caractérisée surtout par des accidents nerveux, dont un certain nombre pouvaient se confondre avec les accidents de la méningite et rendre le diagnostic obscur et difficile.

Gintrad, dans le dictionnaire Jaccoud, (Art. méningite), passe en revue les cas observés par Graves, Peyton Blackiston, Landau, dans lesquels on devine aisément l'action manifeste de la grippe sur le système nerveux.

Voici comment *Bouchut* (2) comprenait la pseudo-méningite : « On rencontre souvent des enfants qui présentent, avec un appareil fébrile marqué, des symptômes non équivoques de congestion cérébrale, caractérisés par la mauvaise humeur, les cris, l'agitation, la congestion, la chaleur de la face et du cuir chevelu. On attend, prêt à saisir de nouvelles indications plus caractéristiques de la fièvre cérébrale, puis les accidents se dissipent, et l'on est dans l'impossibilité de donner un nom aux phénomènes que l'on a observés. C'est la pseudo-méningite.... La pseudo-méningite est une névropathie aiguë, fébrile, passa-

(1) Rilliet. De la guérison de la méning. tuberc. (Soc. méd. Hôpit. 1855).

(2) Bouchut. Traité pratique des maladies des nouveaux-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance.

gère, caractérisée par la fièvre, l'irrégularité du pouls, les vomissements, la constipation, le délire et les douleurs de tête : elle est occasionnée par la congestion réflexe des méninges. »

J. Simon, en 1887, dans deux articles parus l'un dans la Gazette des Hôpitaux (3 novembre), l'autre dans la Semaine médicale (1^{er} juin), intitulés : « *Du diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse* », cite un cas de pseudo-méningite paludéenne. Il cherche à expliquer le mécanisme physiologique de ces pseudo-méningites, susceptibles de se terminer par la guérison, et conclut à une influence vaso-motrice passagère, qui se manifesterait par des alternatives de rougeur et de pâleur de la face, troubles vaso-moteurs qui existeraient de la même façon dans le cerveau et porteraient leur action congestive sur les méninges.

Mais c'est surtout en 1889-90, au moment de l'épidémie de grippe, que l'on entre dans une période féconde, pendant laquelle les cas de pseudo-méningites se multiplient, coup sur coup.

Paul Legendre, en 1889, (Rev. prat. d'obstétr. et d'hyg. de l'enfance, décembre), dans un article intitulé : « *La grippe actuelle chez les enfants* » prétend qu'elle se manifestait par de la céphalée, de la photophobie, des vomissements bilieux ou muqueux, un pouls très rapide, de l'hyperthermie. Ce sont là des symptômes assez voisins de ceux d'une méningite.

Notre maître, M. le docteur Comby, (Soc. méd. des Hôp. 7 Février 1890), passant en revue les cas de grippe qu'il avait observés chez des enfants pendant les mois de

décembre et janvier, nous apprend que les symptômes nerveux de la grippe infantile consistaient en céphalalgie frontale, somnolence, délire nocturne, convulsions, rachialgie, etc. ; la prédominance de ces symptômes pouvait faire croire à la méningite, mais il suffisait d'observer le malade pendant un ou deux jours pour prévenir toute erreur.

Gaucher (Soc. méd. des Hôp., 14 mars 1890), présente quelques observations au sujet de l'épidémie de grippe alors régnante. Parmi les cas qu'il a observés, et dans le cours desquels les manifestations nerveuses ont présenté une haute importance, il rappelle l'histoire d'une petite fille de 6 ans, atteinte d'accidents d'apparence méningitique, qui disparurent au bout de 24 heures.

Juhel Renoy, à propos des accidents méningitiques de nature grippale, dit avoir observé chez une jeune fille des accidents nerveux, tellement graves, qu'on la crut atteinte de méningite cérébro-spinale. Elle guérit parfaitement et en très peu de temps.

Sevestre (Soc. méd. des Hôp. 28 mars 1890) relate deux cas de pseudo-méningite grippale, le premier chez un enfant de 7 ans, l'autre chez un enfant de 4 ans ; tous les deux furent suivis de guérison. Et il ajoute que la grippe, dans l'enfance, peut donner lieu à des symptômes qui simulent jusqu'à un certain point la méningite. Il y a de la céphalalgie, du grincement des dents, du mâchonnement, du coma, de l'agitation, de la constipation et des vomissements. Le diagnostic est nettement établi par la guérison, mais il peut être fixé antérieurement par le mode de début et la fièvre.

Huchard, dans un mémoire : « *La grippe, ses formes* :

cliniques, ses rapports avec d'autres maladies » (Rev. gén. de clinique et de thérapeutique, 2 janvier 1890), traite de l'infection grippale, il affirme l'action manifeste de la grippe sur le système nerveux, et attribue à l'infection le principal rôle dans la genèse des accidents méningés.

Alison, Mém. sur les symptômes et les complications de la grippe (Arch. génér. de méd. avril-mai 1890), rapporte deux cas de pseudo-méningite suivis de guérison chez deux garçons, l'un de 16 ans, l'autre de 12 ans ; selon lui, les accidents qui peuvent compliquer la grippe se localisent dans les points débilités de l'organisme, et comme dans les deux cas précédents, ils se fixent sur les méninges, chez des enfants surmenés par les travaux intellectuels.

H. Bidon (Revue de médecine, août 1890) dans un article intitulé : « *Etude clinique de l'action exercée par la grippe, de 1889-1890, sur le système nerveux* », nous apprend que les complications de la grippe peuvent intéresser le cerveau et le bulbe. Il rapporte un cas de grippe, observé chez un garçon de six ans et demi qui guérit après sept jours de maladie. Les symptômes avaient présenté une grande analogie avec les symptômes de la méningite. Bidon trouve l'explication de ce fait dans une simple congestion méningée.

H. de Brun en traitant des « *manifestations nerveuses de la grippe* » (Méd. mod., 30 novembre 1890) essaye de différencier la méningite grippale d'avec les autres méningites par certains caractères propres, et un certain nombre de symptômes en particulier. Il donne l'explication de ces phénomènes, en les rattachant à la présence d'un micro-

organisme encore non isolé ou aux ptomaines que ce micro-organisme secrète.

Blocq, au Congrès des sociétés savantes de Paris et des départements, tenu en 1890, dans une communication intitulée : « *Rapports de la grippe avec les autres maladies nerveuses* », nous apprend que la grippe peut jouer le rôle d'un agent provocateur qui déterminerait l'éclosion d'accidents nerveux chez les individus prédisposés, ou encore provoquerait leur retour chez ceux qui antérieurement en auraient déjà été atteints ; ce sont là, dit-il, des névropathies grippales occasionnelles.

En 1893, ont successivement paru trois thèses de médecine ayant rapport aux pseudo-méningites grippales.

Virey, parlant des « *Formes cérébrales de la grippe* » (juillet 1893), consacre à la pseudo-méningite, un chapitre intitulé : « Grippe et méningite », dans lequel il montre les relations de cause à effet de ces deux manifestations morbides.

Trastour, dans sa thèse intitulée « *Quelques formes nerveuses de la grippe* » (juillet 1893), distingue trois manifestations nerveuses de la grippe : la forme syncopale, la forme pseudo-méningitique, la forme comateuse.

Lévêque, dans un travail où il s'occupe plus particulièrement « *De la pseudo-méningite grippale chez l'enfant* » (thèse de décembre 1893) s'est inspiré des idées de son maître, M. Sevestre, qu'il développe, et rapporte une observation très complète de méningite grippale recueillie dans ce service.

Nous terminons ici ce qui appartient à l'histoire des pseudo-méningites grippales. Cependant, il existe encore

un certain nombre de travaux qui ont été publiés dans le but de montrer certaines relations entre les maladies infectieuses et la méningite.

Souvent une méningite est venue compliquer une pneumonie, une fièvre typhoïde, par exemple, et l'autopsie a décélé le pneumocoque de Frœnckel, le bacille d'Eberth dans les méninges, mais souvent aussi on a rencontré des méningites pneumoniques, des méningites typhiques, sans avoir noté, avant la mort, l'existence de la pneumonie ou de la fièvre typhoïde. Enfin, il est des exemples où ces phénomènes méningés ont été observés durant la vie, avec ou sans association simultanée d'un autre état morbide, sans qu'on ait pu retrouver, à l'autopsie, les lésions que l'on soupçonnait devoir exister dans les méninges.

Dans cet ordre d'idées, nous ne ferons que citer pour mémoire la thèse de Chantemesse (Paris, 1884) : « *Etude sur les méningites tuberculeuses de l'adulte, les formes anormales en particulier* » ; le travail de Grasset, intitulé : « *Pneumoccocie méningée* » (Sem. méd. 7 mars 1894) ; l'article de J. Simon : « *Pneumonie et méningite* (19 décembre 1884) ; l'observation de Fernet, rapportée à la Société médicale des hôpitaux (3 juillet 1891), sur un cas de méningite typhoïde ; la communication de Adenot (1889), sur une « *Méningite anormale due probablement au bacille typhique.* »

Nous insisterons un peu plus longuement sur un mémoire, un des premiers de ce genre, publié par un de nos maîtres, M. le Docteur Netter : *La méningite due au pneumocoque, avec ou sans pneumonie* » (Arch. générales de médecine, 1887). C'est une mine d'observations, toutes

soigneusement discutées, de la méningite pneumonique et dont un grand nombre ont été suivies de guérison.

Adenot, dans un article « *Méningites microbiennes* » (Gaz. des hôp., 28 juin 1890), établit la tendance de toute infection à se localiser sur les séreuses et de préférence sur les méninges. Il fait une classification des méningites, suivant la variété du microorganisme qui la provoque.

Hutinel (Sem. méd. 1892), en parlant des « *Méningites à pneumocoques et des symptômes méningitiques dans la pneumonie* », relate un cas de pneumonie compliqué de symptômes méningitiques chez une jeune fille de 7 ans. La mort a eu lieu au 9^e jour de la maladie. Mais à côté de ce cas, il en rappelle deux autres, l'un de Belfanti, un autre observé dans son service, qui, tous deux, ont été suivis de guérison.

Après avoir passé en revue l'histoire de toutes ces méningites et pseudo-méningites infectieuses, il nous reste encore à parler des pseudo-méningites purement hystériques.

Un des premiers cas de ce genre est dû à Charcot et remonte à l'année 1880. En 1886, Reynaud publie une nouvelle observation de pseudo-méningite hystérique avec fièvre. Au Congrès de Marseille, pour l'avancement des sciences (septembre 1891), Ollivier présente un cas de fausse méningite hystérique ; il nous raconte comment il avait diagnostiqué au début, une méningite tuberculeuse, et comment la guérison, mettant son esprit en éveil, lui fit examiner cette enfant de plus près, il reconnut en elle une hystérique. Nous avons tenu à rappeler ces trois observations à la fin de notre thèse (observat. X ; observat. XI ; observat. XII).

Souques, dans une thèse intitulée : « *Syndrômes hystériques simulateurs des maladies organiques du système nerveux* (thèse de Paris, 1891), consacre un chapitre à la pseudo-méningite hystérique.

Tuja, dans un article paru en 1892 (Province médicale, 26 novembre), rapporte quelques cas de pseudo-méningites hystériques, observés avant lui, et ajoute une nouvelle observation caractérisée par l'absence de fièvre.

Bardol, dans un travail très soigné, le meilleur peut-être de ce genre (thèse de Paris, 1893): « *Hystérie simulateurice des maladies de l'encéphale chez l'enfant* », fait une étude très serrée de la pseudo-méningite hystérique. Il nous montre comment l'hystérie peut simuler chacun des symptômes de la méningite pris à part (céphalalgie, constipation, vomissements, fièvre, délire, somnolence, convulsions, etc.), puis il prouve, par une série d'observations, que l'hystérie peut simuler la méningite dans son ensemble.

En 1894, avec *M. Dupré*, la question des pseudo-méningites semble s'unifier. Dans un article intitulé : « *Méningites* » (traité de médecine Debove-Achard), et plus tard, au Congrès de médecine interne de Lyon (novembre 1894), *M. Dupré* propose le terme de méningisme, qui est accepté dans la terminologie médicale, et groupe ainsi en un même faisceau tous ces états pseudo-méningitiques multiples.

Enfin, *Bezy*, dans une communication faite à la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse (1^{er} février 1894), et qu'il a intitulée « *Méningite et Méningisme chez l'enfant* », étudie les différentes formes de la méningite chez l'enfant : méningite latente, méningite hystérique, méningite infec-

tieuse, méningite d'origine intestinale, méningite par répercussion. Dans ce dernier chapitre, Bezy parle d'un enfant chez lequel une urémie à forme cérébrale avait emprunté tous les signes d'une méningite. Cet état urémique avait succédé à la disparition rapide d'un eczéma.

Voici les conclusions que Bezy a formulées :

1° La méningite peut, chez certains enfants, ne se révéler par aucun symptôme chez le vivant, et constituer souvent une trouvaille d'autopsie ;

2° Par contre, certains accidents désignés sous le nom de pseudo-méningites ou de méningisme, peuvent en imposer à tort pour une méningite ;

3° Dans beaucoup de cas, ces accidents seront tributaires de l'hystérie, de l'infection, de l'helminthiase ;

4° En présence de ces symptômes, il sera toujours bon de rechercher l'absence de certains symptômes de méningite, et la présence d'autres signes dus aux causes précitées ;

5° Dans les cas difficiles, le diagnostic pourra être fait par les résultats de la thérapeutique.

Etiologie. Physiologie pathologique

Le méningisme est une affection rare chez le nouveau-né, il n'apparaît guère avant l'âge de deux ans, et semble frapper les deux sexes dans une même proportion.

« La fréquence dans le jeune âge, dit Bouchet, s'explique par la vivacité des actions réflexes, tandis que chez l'adulte, les actions réflexes se traduisent d'une façon plus obscure, sont une autre forme, ayant une marche aigüe ou chronique ».

Trois facteurs étiologiques importants peuvent provoquer son apparition : ce sont l'hystérie, les infections apparentes ou larvées, des troubles intestinaux, comme l'helminthiase, la présence de corps étrangers dans l'intestin, une constipation prolongée.

C'est généralement chez les enfants issus d'une souche nerveuse, qui présentent une prédisposition hystérique héréditaire ou acquise, que se manifestent de préférence, les accidents du méningisme. Ici, comme très souvent, en pathologie, l'hystérie joue un rôle important.

« L'affection hystérique, en effet, se montre sous une infinité de formes, comme l'a dit Sydenham (1681), et si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il attribuera à une maladie essentielle et propre à tel organe, les symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique ». En résumé, l'hystérie est la cause première, souvent unique, sur laquelle viennent se greffer toutes les autres causes.

Les causes de méningisme éclatent quelquefois à l'occasion d'une frayeur. (Observat. IV et XII).

Le plus souvent, c'est comme complication d'une maladie infectieuse, dans un organisme délabré, sous le coup d'une déchéance morbide, qu'on voit se manifester un ensemble méningitique.

Aussi les cas observés ont été nombreux pendant les

épidémies de grippe, et principalement pendant l'épidémie de 1889-90. Cette épidémie, d'ailleurs a surtout eu pour caractéristique la prédominance des symptômes nerveux.

C'est elle qui semble avoir fait naître l'histoire des pseudo-méningites, ou du moins, l'avoir fixée en partie.

Souvent aussi, en dehors de toute épidémie, le méningisme se montre dans le cours ou le décours d'une pneumonie, d'une broncho-pneumonie : c'est ce qui explique sa fréquence chez les enfants, qui, à la suite de coqueluche, de rougeole, etc., sont si souvent atteints de broncho-pneumonie ; et présentent par suite, un terrain tout particulièrement favorable à l'éclosion du méningisme.

Certains cas de ce genre où le méningisme est venu compliquer une affection pulmonaire ont été méconnus, parce que la lésion pulmonaire, n'a souvent été qu'une trouvaille d'autopsie et ne s'était manifestée, pendant la vie, par aucun signe à l'auscultation. (Observat. VI).

L'impaludisme a été incriminé dans une observation relatée par J. Simon (Observat. VIII). Les symptômes ont cédé à l'usage du sulfate de quinine.

Enfin, il existe des méningites vraies, dont quelques-unes ont été suivies d'autopsies, qui ont décelé dans les méninges la présence du bacille d'Eberth, du coli-bacille avec ou sans fièvre typhoïde (Adenot, Chantemesse, Fernet (1), tout comme M. Netter (2) a rencontré des méningites à pneumocoques, avec ou sans pneumonie. Il

(1) Adenot. Méningite anormale due probablement au bacille typhique. — Chantemesse. Formes anormales de la méningite tuberculeuse. — Fernet. Méningite typhoïde (Soc. Méd. Hôpit. 3 juillet 1871).

(2) Netter. Arch. générales de médecine, 1887.

nous paraît donc tout légitime d'admettre le méningisme typhique, au même titre que le méningisme pneumonique. Et, en étendant les limites de la question, on pourrait dire, d'une façon générale, que toutes les infections, sous quelque forme qu'elles se présentent, peuvent engendrer le méningisme à la condition, toutefois, qu'elles se localisent sur un terrain névropathe.

D'ailleurs, il y a un rapport constant entre un état infectieux et les manifestations cérébrales, et aussi, entre un état infectieux et le méningisme. La localisation d'une maladie infectieuse générale, sur une séreuse, en particulier, est chose fréquente ; on connaît les endocardites rhumatismales, les endocardites grippales, les pleurésies para et méta-pneumoniques, etc. ; les séreuses cérébrales ne sont pas davantage épargnées, et nous avons de même les méningites grippales, pneumoniques, typhiques, le rhumatisme cérébral, etc. Comme l'a dit Adenot (1), les agents infectieux peuvent s'attaquer à tous les tissus, mais certains de ces derniers leurs offrent un terrain tout particulièrement prédisposé, et exercent une véritable attraction sur leur développement, nous voulons parler des séreuses, et principalement des méninges des jeunes enfants. Aussi toutes ces manifestations infectieuses, différentes quant à la nature même de leur micro-organisme, mais identiques quant à leur forme et à leur localisation peuvent entrer en ligne de compte dans la genèse du méningisme. Tout nous porte donc à croire qu'il n'est pas impossible de rencontrer des symptômes de méningisme dans le cours de toutes les

(1) Adenot. — Méningites microbiennes.

maladies infectieuses en général, comme on les a observés dans le cours de la grippe, de la pneumonie, de l'impaduludisme, et que de nouvelles observations surgiront ultérieurement, si on a soin de les rechercher avec quelque attention.

En plus de cela, le méningisme, tout comme les maladies infectieuses, a sa courbe thermique ; il n'y a que les pseudo-méningites purement hystériques qui soient apyrétiques Tuja, Bardol (1). Dans ces cas, a dit Chantemesse, la température s'éloigne peu de la normale, ce qui permet de soupçonner l'intervention de la névrose seule.

A côté des agents infectieux, ou plutôt, comme un précieux adjuvant à leur influence étiologique, Alison (1), cite le surmenage intellectuel, auquel sont exposés les enfants dans les écoles et les collèges. Chez eux, l'écorce cérébrale, en voie d'évolution est en état d'infériorité vitale, et par conséquent plus accessible aux agents morbides. Chez un adolescent, dont le cerveau est surmené, dit Alison, une affection grippale peut se compliquer de méningite ; et dans la fièvre catarrhale, le travail phlegmasique, à la manière d'un érysipèle ambulante, court, pour ainsi dire, d'un organe à l'autre, pour se fixer sur l'organe déjà fatigué ou souffrant.

Enfin, il existe un certain nombre de faits, dans lesquels, le méningisme a trouvé origine à la suite d'une perturbation intestinale, comme la présence de lombrics

(1) Tuja. — Pseudo-méningite hystérique (*Province médicale* 1892).

Bardol. — Thèse de Paris (Obs. II, p. 111).

(2) Alison. — Mém. sur les sympt. et les complications de la grippe (*Arch. gén. de méd.* avril-mai 1890).

dans l'intestin (Observat. XIII et Observat. XIV), de corps étrangers, une constipation prolongée (Observat. IV). Il est vrai que les troubles de cette nature produisent plutôt des phénomènes convulsifs, que des signes de méningite. M. Dupré (1) attribuerait la production des accidents méningés à un phénomène d'ordre réflexe, chez un individu hyper-excitable ; toutefois, le mécanisme intime nous échappe.

Mais, si l'étude de l'étiologie nous paraît désormais à peu près fixée, il n'en est pas de même au point de vue de la physiologie et de l'anatomie pathologique, et les difficultés surgissent quand l'on cherche à donner l'explication des faits. Les autopsies pratiquées sur des enfants morts, non pas de méningisme — puisque, comme nous le verrons la mort est l'exception —, mais qui ont succombé à la maladie infectieuse causale ; ces autopsies restent muettes *sine materia*, sans lésions méningées apparentes. Comment donc comprendre des symptômes simulant, à s'y méprendre, une méningite franche, alors que la vue, le microscope, les cultures bactériologiques ne décèlent rien de morbide ? (Observation V, Observation VI).

Autrefois, on expliquait ces phénomènes par des actes réflexes. Bouchut accusait certaines paralysies réflexes vaso-motrices, dues à l'irritation du grand sympathique. Gubler, dans le même ordre d'idées que Bouchut, trouve la raison de ces désordres dans une action congestive avec inflammation due à une paralysie vaso-motrice réflexe. Peut-être pourrait-on expliquer, de cette façon, les changements brusques de coloration de la face dans les manifestations méningées.

(1) Dupré. — Art. méningite (*Traité de méd.* Debove Achaud).

D'autres attribuaient ces accidents à la stase sanguine. Dans la pneumonie, l'imperméabilité d'une portion plus ou moins grande du tissu pulmonaire, produirait une stase mécanique du système veineux qui retentirait sur la circulation encéphalique.

Grisolle y voyait de la pyohémie.

La théorie de la métastase a également joué un rôle considérable, elle était invoquée surtout dans l'explication de la méningite d'origine rhumatismale.

« Pour moi, dit J. Simon (1), la méningite tuberculeuse ne guérit pas, et les cas que l'on a considérés comme tels, n'étaient que des faits de congestion cérébrale, compliquée d'hydrencéphalie aiguë, de cette congestion à début brusque, rapide, se produisant sous l'influence d'une impression subite de froid, d'une indigestion, etc., et qui donne lieu assez souvent à des phénomènes morbides analogues à ceux d'une méningite au début. »

Cadet de Gassicourt (2), en traitant des méningites suivies de guérison, ne voit en elles que des méningites secondaires développées, autour de néoplasmes, d'origine tuberculeuse ou syphilitique. Une autre classe de méningites qui guérissent, ajoute-t-il, ce sont les méningites aiguës, inflammatoires, tandis que celles qui se terminent par la mort, sont de nature tuberculeuse. Mais, en réfléchissant, on s'aperçoit que le problème n'est pas susceptible d'une solution aussi simple.

(1) Simon. — Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse (*Gaz. des Hôpitaux et Sem. médicale*, 1887).

(2) Cadet de Gassicourt. *Maladies de l'Enfance*.

De Brun (1) qui avait observé quelques cas de pseudo-méningite grippales pendant l'épidémie de 1889-90, considère la pseudo-méningite comme une complication de la grippe et il ajoute : « Elle est la conséquence de la pénétration et de l'évolution dans l'organisme d'un microbe (pneumocoque ou streptocoque suivant les cas) qui est un de nos hôtes habituels, et auquel les modifications que l'influenza imprime à notre économie ont permis de franchir les barrières que nous lui opposons en état de santé, tandis que les formes nerveuses sont sous la dépendance immédiate d'un micro-organisme encore non-isolé, ou des ptomaines, qu'il secrète. »

Avec Hutinel (2), la question entre dans une nouvelle phase et semble faire un pas en avant. Dans une communication, intitulée : « *Des symptômes méningitiques dans la pneumonie* », il s'exprime ainsi : « Existe-t-il dans les méninges, comme dans la plèvre, deux sortes d'inflammations, les unes avec suppuration, les autres sans suppuration ? La chose est possible, mais n'est rien moins que prouvée. Dans un cas rapporté par Belfanti, on ne trouva ni inflammation méningée, ni exsudat riche en pneumocoques, chez un sujet qui, dans une pneumonie avait présenté une raideur tétanique du cou et des membres. — Aux Enfants assistés, Auscher n'a rien trouvé dans les méninges d'un enfant qui avait présenté des attaques épileptiformes subintrantes, au cours d'une broncho-pneumonie. »

(1) De Brun. Manifestations nerveuses de la grippe (Médéc. mod. 30 octobre, 13 novembre 1890).

(2) Hutinel. Sem. Médic. 22 Juin 1892.

On ne trouve donc pas toujours des pneumocoques dans les méninges des pneumoniques qui ont présenté des symptômes méningitiques plus ou moins accentués. Bel-fanti, accusait la toxine du pneumocoque qui agirait comme un poison convulsivant.

Hutinel attribue ces accidents aux produits solubles du pneumocoque qui, secrétés et résorbés au niveau du poumon, vont exercer sur les centres nerveux une irritation d'ordre toxique. Cette conclusion nous paraît séduisante et admissible; et, de la même façon, nous pensons que, les symptômes du méningisme peuvent exister sans altération évidente des méninges ; qu'ils sont sous la dépendance d'un empoisonnement général de l'organisme envahi par les microbes dont les toxines accumulées et insuffisamment éliminées, agissent sur le système nerveux, en général, et se localisent de préférence sur les zones méningo-corticales. « De même que la susceptibilité ordinaire de ces régions peut être à ce point émoussée que celles-ci tolèrent, sans réagir les plus graves lésions (méningites latentes, Rendu, Netter, Bezy, (Soc. de med. et chirurgie de Toulouse, 1^{er} Février 1894), de même cette susceptibilité peut devenir si exquise, si intolérante, que le moindre trouble réflexe de la circulation locale, que la moindre atteinte apportée à l'équilibre instable du dynamisme cortical, suffira à provoquer la révolte de celui-ci et à réaliser de toutes pièces le syndrome des méningites. Et cela, non seulement par la prédisposition générale des séreuses aux infections, mais encore par l'extrême richesse et la disposition flexueuse du réseau vasculaire méningé, qui multiplie les voies anatomiques de l'infection et les chances de l'inocu-

lation ; car, le ralentissement relatif de la circulation prolonge le contact des bactéries avec les membranes méningées. Par conséquent, la prédisposition nerveuse prépare le terrain, l'infection l'ensemence » (1).

Et l'on peut terminer en disant avec Laënnec (2). « On doit être réservé dans les jugements que l'on porte sur la nature des lésions que l'on doit trouver à l'ouverture d'un cadavre, et, même après avoir suivi avec soin toute la marche de la maladie, l'observateur le plus exact et le plus instruit en anatomie pathologique devrait-il toujours, même dans les cas les plus évidents annoncer l'alternative de l'existence de la maladie qu'il soupçonne, ou un état d'intégrité parfaite dans l'organisation de la partie affectée ».

Symptomatologie

La plupart du temps, les symptômes par lesquels se manifeste le méningisme ne sont pas au complet ; un ou plusieurs symptômes à la fois peuvent être absents. Nous supposerons, pour donner une description systématique, un cas type et complet.

Le méningisme apparaît, en général, brusquement, par des convulsions, d'abord partielles, puis généralisées. A

(1) Dupré. Art. méningite. Traité de médecine Debove Achard.

(2) Laënnec. Introduction du traité inédit d'anatomie pathologique.

ces convulsions, primitivement cloniques, succède de la contracture. Elles marquent presque toujours le début de la maladie et se montrent rarement pendant le cours de son évolution. Il ne faudrait pas les confondre avec les mouvements si caractéristiques que l'on rencontre dans les crises de grande hystérie et qui peuvent exister en dehors de toute manifestation pathologique.

Ce début a lieu quelquefois spontanément chez un enfant hystérique, et en pleine santé apparente, à la suite d'une impression morale un peu vive ; d'autres fois il survient dans le cours d'une invasion de grippe, de bronchopneumonie, etc. ; dans ce dernier cas, la maladie prédisposante, qui détermine l'apparition du méningisme, peut conserver son caractère particulier et ajouter ses symptômes à ceux qui sont propres au méningisme.

La maladie confirmée, la céphalalgie est une manifestation presque constante, elle présente une intensité variable avec chaque sujet, variable pendant la durée de la maladie.

Souvent frontale, elle peut aussi affecter la forme hémicrânienne et se localiser de préférence sur la moitié gauche du crâne.

Les mouvements, les changements de position du malade, la vue de la lumière l'exagèrent. Elle provoque, chez l'enfant, des cris plaintifs, aigus, répétés, qu'on a appelés cris hydrencéphaliques.

Les vomissements sont souvent un bon signe de début et se prolongent plus ou moins longtemps. Ils sont caractéristiques, ils présentent le cachet des vomissements cérébraux, c'est-à-dire qu'ils se font par fusées, brusquement, sans efforts, sans nausées. Ils peuvent être spontanés ou

se répéter à l'occasion d'un mouvement. D'abord alimentaires, ils sont ensuite muqueux, puis bilieux. « Ils surviennent brusquement et sans autre douleur que celle de l'acte lui-même (1) ».

La constipation est très tenace, et ne cède qu'à l'usage de purgatifs répétés. Le ventre est rétracté, c'est le ventre en bateau comparable à l'état de la paroi abdominale qui s'observe chez les saturnins sous l'influence d'une colique de plomb.

La langue est généralement saburrale, la soif est vive, l'appétit n'est pas toujours aboli, l'anorexie est inconstante.

La face présente des alternatives de pâleur et de rougeur ; on observe souvent des groupes de vésicules d'herpès aux lèvres, au menton, aux oreilles et aux joues ; cet herpès est presque la règle quand il y a association de broncho-pneumonie.

L'œil est fixe, sans expression, il y a de la photophobie, l'enfant tient ses yeux fermés, ou se cache sous les draps, la lumière le gêne, le fatigue. L'inégalité pupillaire est fréquente, souvent il y a mydriase des deux pupilles à la fois.

L'enfant ne répond pas ou répond peu aux questions qu'on lui adresse. Il emploie des monosyllabes, l'interrogatoire l'agace, le désordre intellectuel se manifeste dans les réponses.

La peau est sèche et chaude, souvent recouverte de sudamina.

On peut observer des contractures fugaces, mobiles, dont le siège est variable ; elles se déplacent d'un groupe

(1) Axenfeld et Huchard. Traité des névroses, p. 1018.

musculaire pour l'atteindre à nouveau ; souvent, on exagère la contracture quand on veut la vaincre. Elle peut siéger aux membres ; plus fréquemment, elle se manifeste, sous forme de raideurs musculaires, au niveau de la nuque, de la colonne vertébrale, et on a de l'opisthotonos, de l'emprostotonos. — Ces raideurs musculaires déterminent aussi une attitude en chien de fusil ; à la face, elles provoquent du trismus, du mâchonnement, du grincement des dents, enfin du strabisme, par leur localisation sur les muscles moteurs de l'œil, des phénomènes de rétention quand elles siègent sur les sphincters. La raie méningitique avec ses caractères propres, longue à apparaître, lente à disparaître, n'a peut-être pas toute l'importance qu'on lui reconnaît, puisqu'on peut la provoquer en dehors des états méningitiques.

Les phénomènes nerveux sont très accentués, il existe du délire la nuit. Ce délire est violent ou tranquille, continu ou intermittent, il se manifeste par une succession de paroles incohérentes plutôt que par du déplacement ou des mouvements désordonnés. Il alterne avec des phénomènes de dépression et de stupeur ; il contraste avec l'état comateux et la prostration du jour. Une étude attentive permet souvent de déceler les stigmates de l'hystérie, en portant l'examen sur la nature des réflexes, des organes des sens, sur les troubles de la sensibilité, sur l'état des zones hystérogènes. Du côté de l'appareil respiratoire, outre les signes de bronchite grippale et les lésions de la broncho-pneumonie que l'on peut rencontrer et qui n'appartiennent pas en propre au méningisme, on trouve des mouvements respiratoires irréguliers, entrecoupés, une respiration profonde,

quelquefois accélérée. Klein (Observat.IX) a noté le type respiratoire Cheyne-Stockes.

Le cœur présente peu d'altérations, quelquefois les battements sont irréguliers. Il peut aussi y avoir des phénomènes d'angine précordiale, de la faiblesse des bruits du cœur ou de la tachycardie. Gaucher considère tous ces phénomènes comme des troubles d'origine nerveuse.

Le pouls est quelquefois peu fréquent, malgré une élévation notable de la température ; il peut être ralenti.

La courbe thermique est irrégulière, inconstante, on ne peut trouver aucune ressemblance entre deux courbes de méningisme, si ce n'est sous le rapport de leur irrégularité, et c'est là un signe pathognomonique. Brusquement, et en l'espace de quelques heures, on descend de températures élevées à des températures de 37° et au-dessous (Obs. I et VII). Les poussées méningitiques, comme le fait remarquer Sevestre, sont accompagnées d'une élévation assez marquée de la température ; et, pendant ces poussées, la température elle-même présente du matin au soir des variations très grandes. Souvent, pendant un intervalle de quelques jours, la température atteint 37°, avec un état général satisfaisant. puis on observe une nouvelle ascension thermique avec tous les phénomènes inquiétants. C'est le caractère propre de la fièvre hystérique: elle n'offre rien de constant, elle est irrégulière ; il n'y a pas deux tracés thermographiques semblables. »

Les urines renferment rarement de l'albumine. Cependant Alison a observé de l'albuminurie, et aussi de la peptonurie. Souvent, il y a rétention par contracture des

sphincters ; quelquefois on a noté de l'anurie. Serait-ce de l'anurie hystérique comme le veut Axenfeld (1) ? le malade n'urine pas, lorsqu'on le sonde, parce qu'il y a peu ou pas de liquide dans la vessie ; s'il y a du liquide, celui-ci est pauvre en urée, il renferme moins de chlorures et d'acide phosphorique qu'à l'état normal, parce que les vomissements contiennent généralement une forte proportion d'urée et de carbonate d'ammoniaque ; l'abondance des vomissements serait en raison inverse de la quantité d'urine éliminée ; il y aurait comme une sorte de balance entre les deux phénomènes.

Dans notre observation III, nous avons noté de l'azoturie ; une première analysé a donné 58 grammes d'urée par litre, une seconde analyse, faite quatre jours plus tard, a décelé 24 gr. 04 par litre, ce qui est à peu près la quantité normale.

En cela, nous nous écartons d'une constatation faite par Chantemesse et que nous rapportons plus loin. Oppolzer (2) a observé, de son côté, que dans les encéphalopathies, en général, l'apparition de phosphate de chaux, dans les urines est chose presque constante, et sous ce rapport, il se rapproche de la remarque faite par Gilles de la Tourette et Cathelineau, et rapportée par Chantemesse (3), sur *l'inversion de la formule des phosphates urinaires*.

Les phénomènes hystériques : convulsions, paralysies, contracture, s'accompagne d'une modification chimique de

(1) Axenfeld et Huchard. — Traité des névroses.

(2) Oppolzer. Meningitis acuta. (Deutsche klinik, 1859. p. 40-41).

(3) Chantemesse. Soc. médic. des Hôpitaux. 22 mai 1891.

l'urine. Le rapport entre les phosphates terreux et les phosphates alcalins, au lieu d'être de un à trois, donne un quotient plus élevé, un à deux, ou même un à un. Se basant sur ces données, M. Chantemesse a pu rattacher à l'hystérie, et faire un diagnostic de méningisme chez un malade qui présentait des accidents simulant de près les symptômes de la méningite tuberculeuse. Il avait, en outre, constaté que les phosphates terreux étaient en excès surtout dans les urines émises pendant une période où la céphalalgie était la plus vive. Dans la même communication, il avait été reconnu que le taux du résidu fixe des urines, (urée, chlorures, sulfates, etc.), pouvait tomber presque de moitié au-dessous de la normale.

L'analyse urinaire peut donc fournir un moyen de diagnostic fort précieux toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'accidents hystériques simulant la méningite tuberculeuse.

Marche, pronostic, terminaison.

La marche de la pseudo-méningite est essentiellement variable, tout comme la symptomatologie.

Ces sortes de méningites offrent des alternatives successives d'amélioration et d'aggravation. Souvent après une apparence de guérison, elles présentent des rechutes plus ou moins subintrantes et de moins en moins graves et finissent par guérir complètement. Dans d'autres cas, la maladie marche sans arrêt vers la guérison. Sa durée est également variable : elle est soumise, d'une part à l'état infectieux

surajouté, d'autre part au traitement qu'on aura institué. Nous avons observé un cas de méningisme (observ, IV) qui a eu à peine deux jours de durée : il était vraisemblablement lié à un état anormal de l'intestin ; tout est rentré dans l'ordre, après l'usage d'un purgatif. Il en est de même quand on a affaire aux helminthes intestinaux ; supprimer la cause, c'est suspendre, c'est arrêter l'effet. En général, la guérison est la règle. Aussi, quand l'on constate des phénomènes qui sont de nature à faire craindre une méningite, dans le cours d'une grippe, d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde, etc., il ne faut pas se hâter de se prononcer et surtout de porter un pronostic fatal.

Cette terminaison heureuse peut quelquefois ne pas se produire, et le malade peut succomber. C'est là une rare exception, et l'issue fatale n'est pas due à l'apparition du méningisme. Le plus souvent il faut l'attribuer à l'imprégnation profonde de l'organisme par un état infectieux qui se prolonge chez un sujet affaibli, débilité, en état de moindre résistance. Chez un pareil malade, on comprend aisément qu'une hyperthermie prolongée puisse également avoir une influence funeste.

Diagnostic

Il est probable qu'un certain nombre de méningites réputées tuberculeuses et qui ont guéri, n'étaient souvent

que du méningisme. « Selon moi, dit Cadet de Gassicourt (1), certaines évolutions morbides, cliniquement identiques à celles de la méningite tuberculeuse, peuvent se terminer par le retour à la santé... l'issue de la méningite tuberculeuse est fatale... Cependant nous devons nous féliciter que les symptômes du début soient souvent trompeurs et que le diagnostic soit assez rarement assuré dès l'origine ; l'hésitation permet l'espérance, au moins dans les premiers jours, et les difficultés connues autorisent des illusions qu'il faut prolonger le plus longtemps possible. On ne doit admettre, selon moi, la réalité de la méningite qu'en désespoir de cause, quand toute chance d'erreur a disparu. »

Effectivement, le diagnostic en tant que manifestation meningée est relativement facile, mais le diagnostic différentiel est délicat.

En général, un début brusque, accompagné de convulsions, survenant d'emblée ou dans le cours d'un état pathologique causal préexistant, les grands écarts thermiques, l'absence de certains symptômes de méningite et la présence de signes surajoutés, devront être soigneusement observés.

De plus, il faudra analyser avec une grande attention les commémoratifs, rechercher la tare nerveuse, deviner les stigmates de l'hystérie, étudier la nature des réflexes, de la sensibilité, des organes des sens, des zones hystérogènes. Un état anormal de l'intestin, la présence de vers intestinaux peuvent donner quelquefois la clef du diagnostic.

(1) Cadet de Gassicourt. Cliniq. des malades de l'enfance. T. III.

L'analyse des urines, dans le but de constater l'excès des phosphates terreux sur les phosphates alcalins, suivant la juste remarque de Chantemesse, sera quelquefois d'une très grande utilité. Enfin, comme l'a dit Bezy, dans les cas difficiles, le diagnostic pourra encore être fait par les résultats de la thérapeutique.

La difficulté est plus grande lorsqu'il s'agit de poser le diagnostic différentiel d'avec la méningite tuberculeuse, et le résultat de notre sentence sera de la plus haute importance. En plus des symptômes propres au méningisme que nous venons de passer en revue et qu'on retrouve peu ou pas dans la méningite tuberculeuse, cette dernière a un début généralement lent, la courbe thermique présente une certaine régularité, qui se retrouve à peu près la même dans tous les cas ; les phénomènes nerveux sont moins marqués. L'étude attentive des commémoratifs, sera d'un grand secours dans les cas difficiles.

Les manifestations cérébrales de la syphilis héréditaire peuvent en imposer quelquefois pour du méningisme. « En pareil cas, dit Jules Simon (1), la céphalée est généralement très intense, souvent localisée dans un côté, en même temps que toute la moitié de la face correspondante est douloureuse, les vomissements sont incessants, ils sont pénibles, se produisent à jeun et donnent issue à une mousse visqueuse ou bilieuse. En même temps, il y a constipation, état saburral des voies digestives, une fièvre modérée ; parfois strabisme, inégalité des pupilles, parésie d'un ou de plusieurs membres ».

(1) Jules Simon. Semaine médicale, 1887.

Dans ces conditions, si l'interrogatoire des parents ne donne rien, ce qui est fréquent, il faut rechercher les lésions des muqueuses, lèvres, nez (coryza), anus ; l'érythème des fesses, des testicules, les lésions cutanées, syphilides, couronne de Vénus. Le traitement par les frictions mercurielles, et par les bains de sublimé lèvera tous les doutes. On se rappellera aussi que les lésions syphilitiques sont fréquentes chez le nouveau-né, et le méningisme rare avant l'âge de deux ans.

La gastro-entérite infantile, peut jusqu'à un certain degré être confondue avec le méningisme.

On observe des troubles nerveux et des troubles digestifs. Toutefois, la présence de la diarrhée, le mode d'alimentation, l'état athrepsique de l'enfant, la dépression des sutures et des fontanelles par déperdition du liquide céphalo-rachidien mettront sur la voie du diagnostic.

La sclérose cérébrale, surtout au début des accidents, avant l'apparition des symptômes paralytiques peut quelquefois induire en erreur. On se rappellera, qu'en pareil cas, les phénomènes convulsifs restent toujours limités aux mêmes membres, la fièvre est nulle, les raideurs musculaires, les contractures ne se montrent qu'à la deuxième période de la maladie.

Enfin, les fièvres éruptives, au début, peuvent simuler un ensemble symptomatique qui les rapproche du méningisme. Les phénomènes nerveux peuvent être très accusés on peut également rencontrer des vomissements, de la constipation, etc. Les conditions étiologiques, la contagion, l'épidémicité d'une part, les manifestations caractéristiques de la pyrexie, évolution, éruption, courbe thermique,

d'autre part forment un tout symptomatique suffisant pour permettre de fixer le diagnostic.

Traitement

Trousseau, en parlant du traitement de la méningite tuberculeuse s'exprimait ainsi . « Découragé de mes inutilles tentatives, j'ai successivement traité des malades par des moyens énergiques. et laissé les autres à l'expectation ; or, je dois avouer que la terminaison funeste m'a paru arriver plus rapidement chez les premiers, que chez les seconds. » Le jugement, il faut le reconnaître, est un peu sévère, et il ne faudrait pas le prendre à la lettre. Il est certain, que nous sommes bien désarmés, quand nous nous trouvons en présence d'un cas de méningite tuberculeuse, mais il ne faut pas pour cela, « nous croiser les bras dans une impuissance découragée et assister en simple spectateur au drame qui va se dérouler sous nos yeux ». Il y a quelque chose à tenter. Combien de fois ne nous est-il arrivé de prendre pour une méningite tuberculeuse, dont l'issue est presque toujours fatale, ce qui n'était que l'expression d'un état nerveux, ce qui n'était qu'un état de méningisme. Aussi, bien que le diagnostic ne puisse être assuré au début, bien que nous nous trouvions dans une incertitude réelle, nous devons penser au méningisme et agir dans ce sens.

Ce traitement sera à la fois curatif et palliatif ; curatif, on l'instituera contre l'infection causale et l'état nerveux ; palliatif, il sera établi pour combattre les symptômes.

Contre l'état nerveux, on ordonnera, avec avantage, la médication névrotropique et les calmants ; le bromure de sodium et le chloral associés seront conseillés sous forme de lavements.

Les bains froids de 20° à 25° administrés suivant la méthode classique sont tout indiqués pour combattre l'adynamie, la prostration, le délire, les températures élevées qui se maintiennent entre 39° et 40° et souvent au dessus ; ils semblent même avoir une action plus efficaces que la quinine et l'antipyrine administrés isolément ou associés. Un autre avantage du bain froid, c'est d'activer la sécrétion urinaire, de favoriser l'élimination des produits toxiques, en facilitant la circulation dans les vaisseaux du rein. En plus de cela, la réaction cutanée qui se produit après le bain, provoque une sudation abondante qui ne manque pas de compléter l'action diurétique du rein. Les injections de morphine, si précieuses pour combattre chez l'adulte les manifestations nerveuses, sous toutes ses formes, ne devront être utilisées qu'avec une extrême prudence chez l'enfant, et encore ne devront-elles être conseillées que chez les enfants déjà d'un certain âge.

Contre l'infection causale, il faudra provoquer une diurèse abondante par les purgatifs et le régime lacté appliqué dans une large mesure. Le traitement spécifique, comme le chlorhydrate de quinine, par exemple, sera tout indiqué lorsqu'on se trouvera en présence de pseudo-méningite paludéenne.

Contre la constipation, nous recommandons le calomel, à doses variables, suivant l'âge de l'enfant. Ce purgatif a l'avantage de pouvoir être répété plusieurs jours de suite, sans débilitier le malade, et trouve une application réelle pour combattre une constipation qui a tendance à se répéter après l'usage d'un premier purgatif. En même temps, le calomel est un antiseptique, il arrête les fermentations intestinales, détruit les micro-organismes qui les engendrent ; il est diurétique, et élimine par les reins les toxines sécrétées par les agents infectieux, qui jouent un rôle si important dans la production du méningisme. Enfin, par ses propriétés anthelminthiques, il détruit les vers intestinaux, qui souvent sont la cause de tout le mal.

Les vomissements seront combattus par l'ingestion de boissons glacées. Les vessies de glace appliquées sur la tête, sont plus recommandables contre la céphalalgie que les petits vésicatoires, que l'on a coutume de placer derrière les oreilles, ou au niveau de la nuque ; on évite ainsi, chez les enfants, la production de plaies souvent mal entretenues, ayant tendance à suppurer, longues à guérir et laissant presque toujours des cicatrices indélébiles.

Enfin la médication tonique ne devra pas être négligée, il faut relever les forces des petits malades, au moyen de l'alcool employé par doses raisonnées. Le cœur qui faiblit souvent dans le cours de la maladie ou au moment de la convalescence, sera relevé, tonifié par les injections de caféine.

Après la guérison, le traitement de l'hystérie devra être rigoureusement appliqué.

OBSERVATIONS

Observation I

Recueillie dans le service du Docteur Comby

*Pseudo-méningite survenue dans le cours d'une attaque
de chorée chez une hystérique*

Emma B. . . , âgée de 14 ans, entre à l'hôpital Trousseau, le 22 avril 1894, salle Blache, lit N° 27.

Antécédents héréditaires. — Son père serait mort d'une congestion pulmonaire, sa mère aurait été bien portante, mais n'a plus donné de ses nouvelles depuis 10 ans.

Antécédents personnels. — L'enfant a été élevée en nourrice, à la campagne, jusqu'à l'âge de 22 mois. Elle aurait été nourrie au sein ; mais elle est revenue de nourrice dans un mauvais état, athrétique, chétive, sans rachitisme. — Vers la même époque, elle a contracté une ophtalmie purulente, à la suite de laquelle elle a partiellement perdu la vue et a dû subir une opération.

Pas d'autres antécédents morbides jusqu'à l'âge de 9 ans. Elle a eu, à cette époque, l'influenza, et dans le cours de cette grippe, elle a présenté des phénomènes choréiques du côté gauche, face et membres. Elle a parfaitement guéri de son influenza, mais elle a toujours conservé quelques mouvements nerveux plus ou moins étendus du même côté. Vers la même époque, son caractère aurait changé, elle serait devenue une petite névropathe, irascible, mauvais caractère. Deux mois avant son entrée dans

le service, elle a été prise de crises nerveuses, caractérisées par la perte de connaissance, avec mouvements désordonnés, sans morsure de la langue, sans écume, sans face grimaçante. — Cet état durait cinq à dix minutes, puis tout rentrait dans l'ordre. Ces crises se seraient renouvelées pendant vingt-cinq jours environ, elles se répètent encore de temps à autre.

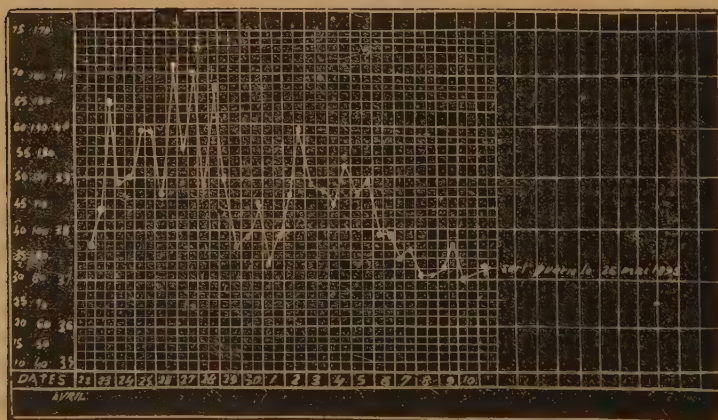
A son entrée dans le service, le 22 avril, l'enfant est toujours très agitée, elle est légèrement délirante et paraît de mauvaise humeur. — Elle répond d'une manière évasive aux interrogations, et accuse de la céphalalgie du côté gauche. La veille, elle a eu quelques vomissements muqueux, elle est constipée depuis six jours. — Les pommettes sont rosées, les pupilles inégales, l'enfant est couché en chien de fusil; on note des mouvements convulsifs de peu de durée avec strabisme et trismus.

Le réflexe pharyngien est aboli; les réflexes rotuliens sont exagérés, la parole est embarrassée, la déglutition se fait difficilement et cela depuis six semaines déjà. Le voile du palais paraît contracturé. — Elle n'a jamais eu d'accès de suffocation, pas de contracture des muscles du larynx. — Hyperesthésie généralisée — ovaralgie double. — Pas de troubles sensoriels.

L'appétit n'est pas aboli; l'enfant demande à manger. Les bruits du cœur sont bien frappés, le pouls est fréquent et irrégulier.

La température dans la soirée est de 37°7.

Les urines sont normales.



23 *Avril*. — Le lendemain de son entrée, l'état général est le même ; dans le courant de la nuit, agitation très vive, plutôt que du délire franc.

En formule : Eau-de-vie allemande 45 grammes. — KI 4 gr. 5.

Chlorhydrate de quinine 1 gr.

La température monte le soir à 40°4.

24 *Avril*. — La purgation a produit une légère débâcle diarrhéique, la température oscille autour de 39°. — Cependant les phénomènes généraux restent les mêmes que la veille.

25 *Avril*. — La température oscille autour de 40° ; même état général.

26 *Avril*. — Ecart thermique de deux degrés et demi entre la température du matin et celle du soir ; le soir le thermomètre marque 41°2. Cependant les symptômes généraux semblent plutôt moins intenses que la veille. — On continue le chlorhydrate de quinine à la dose de 1 gr.

27 *Avril*. — Température toujours élevée 39°5 le matin. — 41° le soir, l'enfant est agaçante, l'agitation est plus vive que les jours précédents, la nuit a été marquée par du délire, l'enfant ne répond plus.

On ordonne pour le soir, un lavement calmant de chloral et bromure.

— La quinine est supprimée, on donne antipyrine 3 gr. en 3 fois.

— Si l'agitation est trop violente, la nuit, on se réserve une injection de morphine de 1/2 centigramme.

28 *Avril*. — Température moins élevée : matin : 38°9, soir 40°7. Etat général un peu meilleur, quoique l'agitation soit encore bien violente.

On ordonne un bain à 22° toutes les 3 heures ; on continue l'antipyrine 3 gr. et le lavement de chloral.

29 *Avril*. — La température est descendue à 37°7, les phénomènes d'hyperexcitabilité sont toujours intenses.

30 *Avril* — 1^{er} *Mai*. — Etat stationnaire.

2 *Mai*. — Ascension thermique 40° ; toutefois agitation moindre, le pouls est faible, on formule caféine 0,50 centigr. — On continue les bains froids.

3, 4, 5, 6 *Mai*. — Même état, la température est tombée

progressivement entre 37° et 38°. On supprime la balnéation, on réduit la dose d'antipyrine à 4 gr. ; on continue la caféine.

L'enfant est toujours très agitée et un peu délirante. Elle mange, l'appétit est meilleur ; elle ne va à la selle que par lavements ; les stigmates d'hystérie sont nettement accusés.

Les jours suivants. — Amélioration progressive ; plus d'ascension thermique ; l'enfant sort le 26 mai, guérie depuis plus de 15 jours déjà et présentant tous les signes d'une hystérique franche.

Cette observation est intéressante à un double point de vue. Elle nous démontre nettement, comment un état infectieux, comme la grippe, a donné éclosion à une manifestation nerveuse jusqu'alors latente.

Cet état nerveux a successivement revêtu différents aspects : chorée, hystérie, méningisme qui se sont présentés tantôt associés, tantôt isolés. D'autre part, l'étude thermographique présente également un grand intérêt. La température a suivi deux stades ; le premier du 23 au 29 avril, caractérisé par une hyperthermie excessive avec écarts brusques ; le second du 1^{er} au 6 mai pendant lequel la température a été moins élevée. Il est à remarquer que les phénomènes d'excitation et de délire ont atteint leur maximum dans l'intervalle de ces deux états thermiques, alors qu'on aurait pu espérer une sédation.

Observation II

Recueillie dans le service du Docteur Comby

Pseudo-méningite grippale

Louis C. . . , âgé de 4 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau, salle Barrier, lit N° 7, le 13 Mai 1895.

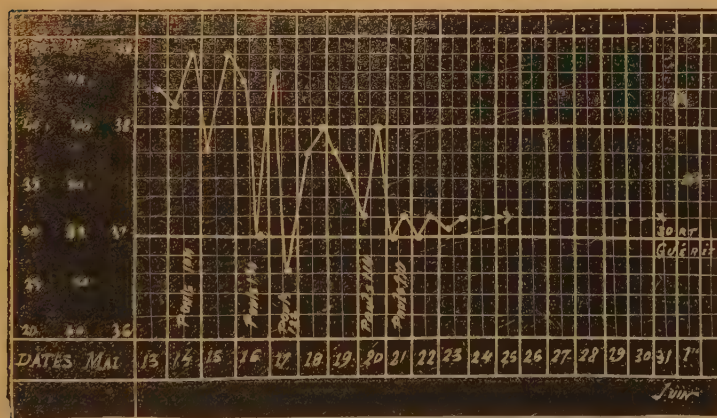
Antécédents héréditaires. — Pas de tuberculose dans la famille. Mère sujette aux migraines, nerveuse. — Sur cinq

enfants, deux sont morts, l'un de convulsions au second jour de sa maladie à 8 mois d'âge, un autre à 17 mois d'une angine douloureuse. Les trois autres enfants sont bien portants.

Antécédents personnels. — L'enfant a été nourri au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 19 mois. Il a eu la rougeole à l'âge de 2 ans, la scarlatine à 3 ans avec prédominance marquée de phénomènes nerveux. Au dire des parents, il a toujours été très impressionnable, il rit et pleure sans motif sérieux.

Le début de la maladie actuelle a présenté le tableau clinique d'une invasion grippale.

Le petit malade était mal en train depuis près de trois semaines, perte d'appétit, coryza, toux légère, céphalée apparaissant sous forme de crises avec exacerbations principalement le soir, fréquents épistaxis, courbature, une lassitude généralisée. Enfin deux jours avant son entrée, il a eu des vomissements fréquents qui se sont encore répétés au moment de son arrivée dans le service; en même temps, on notait des convulsions généralisées. C'est de ce moment que l'enfant a dû garder le lit.



Le 13 mai. — On nous l'amène à l'hôpital.

Le 14 mai. — Les convulsions sont arrêtées; l'enfant est dans un état de torpeur profonde; insensible aux excitations extérieures, ne répondant pas aux questions qui lui sont adres-

sées, se plaignant cependant de sa tête qui est douloureuse au moindre déplacement.

Il présente des contractures musculaires au niveau de la nuque et de la colonne vertébrale avec de l'opisthotonos, pas de paralysie. Il est couché en chien de fusil. La raie méningitique est facilement provoquée.

L'anorexie est complète, la langue est saburrale, les vomissements sont absents, le ventre est rétracté et douloureux, la constipation est opiniâtre, il n'y a pas eu de selles depuis 5 jours.

La rate est normale.

On note de l'irrégularité pupillaire et un peu de strabisme du côté gauche avec myosis.

Le réflexe pharyngien est diminué.

La respiration est irrégulière, saccadée, mais ne présente aucune altération à l'examen physique.

Le pouls est irrégulier ; on note 103 pulsations.

La température atteint 38°2.

Le cœur ne présente pas de lésions.

Traitement. — Vessie de glace sur la tête. Régime lacté.

Onctions sur la tête rasée avec { Iodoforme : 10 grammes ;
Vaseline : 40 grammes.

Purgation avec : Calomel et Jalap, 20 centigrammes de chaque.

Température du soir : 38°8.

Le 15 mai. — Délire moyen la nuit. Le purgatif a provoqué des selles abondantes. La température est descendue à 37°8.

Le pouls est toujours fréquent et irrégulier.

Céphalalgie toujours violente provoquant des plaintes.

On continue le traitement antérieur et on ordonne 1 gramme d'antipyrine.

Température du soir 38°8.

Le 16 mai. — L'état général est peu satisfaisant, les vomissements ont reparu dans le courant de la nuit, le délire a été plus violent que jamais, le pouls est à 150, et cependant la température est peu élevée, de 38°5 le matin, elle descend le soir à 37°1.

Le 17 mai. — Etat général meilleur, délire modéré, toujours la nuit.

Pouls 132.

La température de 38° 6, descend le soir à 37° 6.

Pas de selles dans le courant de la journée.

Le 18 *mai*. — Nuit sans délire.

Constipation persistante, on formule une nouvelle purgation : Calomel et Jalap 0,20 de chaque.

Température 37° 8, le matin ; 38° le soir.

Le 19 *mai*. — Nuit un peu agitée, selles abondantes. L'enfant se plaint moins de la tête, il est plus éveillé, semble s'intéresser à ce qui l'entoure.

Pouls toujours irrégulier.

La température oscille entre 37 et 38°.

On continue l'antipyrine.

Le 20 *mai*. — Nuit bonne. — Un peu de prostration, pouls 114, légèrement dicrote.

Température : matin 47° 2 ; soir 38°.

On prescrit KI 4 gr.

Le 21 *mai*. — Même état général ; la température est descendue à 37° sans nouvelle ascension ultérieure.

Pouls 110 plus régulier, diarrhée, encore un peu de céphalalgie.

On continue le traitement jusqu'au 24 mai.

Le 1^{er} *juin*. — L'enfant sort de l'hôpital guéri.

Remarquons qu'il y a peu de relations entre le nombre de pulsations et la hauteur de la température.

Pendant toute la durée de la maladie, la température a été moyenne.

La température du soir est souvent moins élevée que celle du matin.

L'hypothermie n'a pas toujours amené une sédation marquée, il semblerait plutôt que, comme dans l'observation précédente, les phénomènes aigus aient été exagérés au lieu de s'amender.

Observation III

Recueillie dans le service du Docteur Comby

Pseudo-méningite avec azoturie

Jules B...; âgé de 14 ans, entre à l'hôpital le 2 mai 1895.

Aucune tare héréditaire. Son père serait mort d'une affection pulmonaire aiguë contractée à la suite d'un chaud et froid. Sa mère est bien portante, trois autres enfants dans la famille également bien portants. Lui-même n'a jamais eu de maladie, sa première enfance s'est écoulée sans incident.

A son entrée, l'enfant est au 3^e jour de sa maladie, il a été pris brusquement dans la soirée du 30 avril d'une vive céphalalgie frontale, accompagnée de courbature intense, et d'un violent frisson. — On ne note pas de vomissements, pas d'épistaxis.

Dans la nuit il a commencé à avoir du délire et cet état a persisté jusqu'au jour de son entrée. Le soir de ce jour, le thermomètre atteignait 39°,8.

Le 3 mai, au matin, on procède à l'examen clinique. — On remarque de l'herpès labial, surtout près de la commissure et à gauche.

La langue est blanche, saburrale, l'appétit est nul, le ventre est modérément rétracté, pas de douleur à la palpation, un léger gargouillement, sans diarrhée, plutôt constipé.

L'enfant est couché en chien de fusil, il présente la raie méningitique. On trouve des raideurs musculaires au niveau de la nuque et de la région vertébrale.

Il est dans une prostration extrême, se plaint beaucoup de la tête, la lumière le fatigue, l'interrogatoire est impossible.

Il présente de l'hyperesthésie généralisée, et principalement aux membres inférieurs.

La nuit, il a un délire violent, furieux, qui alterne avec un état comateux.

La température n'atteint que 38°.

Le pouls est normal, 72 pulsations à la minute.

L'auscultation du cœur et du poumon ne décèle aucune lésion.

Les urines ne renferment pas d'albumine. Traitées par l'acide nitrique, elles laissent déposer une quantité notable de cristaux d'azotate d'urée; le dosage de l'urine donne la proportion de 58 grammes d'urée par litre.

La température du soir est de 38°,8.

Le diagnostic de fièvre typhoïde est éliminé malgré le gargouillement iliaque et la prostration extrême dans le jour, le délire dans la nuit.

On pense à une manifestation méningitique, bien que l'on n'ait noté ni vomissements, ni constipation.

Le traitement a consisté en applications de vessies de glace sur la tête; on administre un purgatif composé de calomel et scammoné de chaque, 60 centigrammes, et 3 grammes d'antipyrine que l'on continue pendant 5 jours.

DATES													
Mai	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Le 4 mai, au matin, l'état général est meilleur, la nuit a été moins agitée, le malade répond quelque peu aux questions qui lui sont posées; la céphalalgie est encore persistante, la température est de 38°,8, le pouls reste normal, on continue l'antipyrine.

Le soir le thermomètre ne donne que 37°,4.

Le 5 mai, nuit relativement bonne, deux accès délirants-seulement, un peu moins de prostration.

La température du soir est de 37°,1.

L'antipyrine est continuée; on suspend les applications de glace sur la tête.

Les jours suivants, la température oscille autour de 37°; l'état général est presque satisfaisant, on note l'absence de délire, mais il reste encore une céphalalgie légère.

Le 7 mai, les urines éliminées sont de 1.500 c. cube, l'urée totale est de 34 gr. 56, soit 24 gr. 04 par litre. On suspend l'antipyrine,

Le 10 mai, 11^e jour de la maladie, dans l'après-midi, l'enfant est repris de frisson, de délire, de céphalalgie, mais pas de vomissements; le thermomètre donne 39°,2 de fièvre, la langue est un peu blanche.

Le 11 mai, on fait prendre 0.50 de calomel, la température descend à 37°,6, en même temps que les signes s'amendent.

Le 12 mai. Même température, langue encore légèrement saburrale, l'enfant est amaigri et faible.

Les jours suivants, la température se maintient autour de 37°, les symptômes alarmants disparaissent, l'enfant quitte l'hôpital complètement guéri.

Malgré l'absence de vomissements et de constipation, on n'a pas hésité à faire du cas précédent un état pseudo-méningitique; l'irrégularité du mouvement fébrile, l'intensité des symptômes nerveux, cette rechute brusque apparaissant le 10 mai, et sur laquelle Sevestre a tant insisté, plaident en faveur de cette hypothèse.

Observation IV

Recueillie dans le service du Docteur Comby

Pseudo-méningite chez une névropathe, survenue à la suite d'une constipation prolongée

Jeanne B..., âgée de 5 ans, entre à l'hôpital Trousseau, le 8 juillet 1895. Salle Blache, lit n° 11.

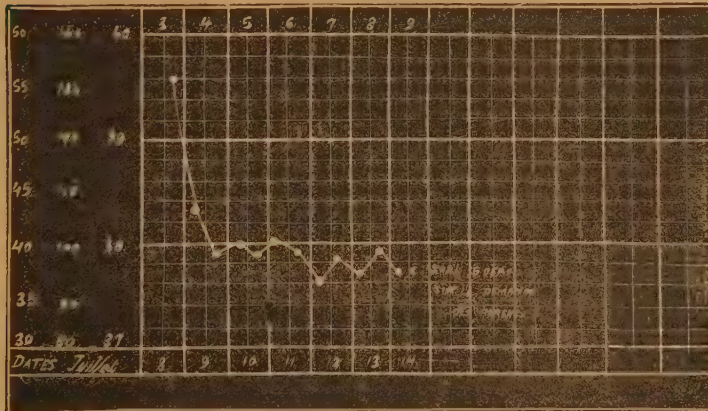
Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants; la mère est névrophate au suprême degré; elle a été soignée vers l'âge de 12 ans, à l'hôpital Trousseau pour des crises de grande hystérie; actuellement elle est toujours très excitable, elle a des crises convulsives fréquentes, survenant après une émotion vive, une contrariété; ces crises sont précédées d'une sensation de boule pharyngienne qui, dit-elle, l'étouffe. — Le père n'est pas éthylique. — Aucune tare tuberculeuse dans la famille. Un autre enfant de 27 mois serait bien portant.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme, elle a été élevée au sein et au verre par la mère jusqu'à l'âge de 13 mois; alimentation mixte jusqu'à l'âge de 15 mois. La première dent a apparu à la fin de la première année et la marche a eu lieu vers le 19^e mois.

Dès le septième mois, l'enfant a eu des convulsions qui se sont renouvelées assez fréquemment depuis cette époque; elle est d'ailleurs criarde, méchante, impressionnable.

Elle tousse depuis l'âge de 3 mois, Cette toux ne s'explique pas, l'auscultation du poumon reste muette; peut-être n'est-elle qu'une manifestation de l'état nerveux de l'enfant.

A la suite d'une chute datant de 4 mois, l'enfant s'est plaint



de son pouce droit et consécutivement il s'est produit un spina ventosa; on a dû faire un grattage de la phalange, il y a 15 jours.

à l'hôpital Tenon. Le premier pansement a eu lieu le 6 juillet. L'enfant a été ramenée chez elle tellement impressionnée par son pansement, qu'elle refusait de manger, ne voulait point parler, et se renfermait dans un mutisme complet. — Enfin, depuis plus de 10 jours déjà, elle n'avait pas été à la selle. Un vomitif, administré le 7, n'a pas donné le résultat qu'on en attendait. — Elle est amenée à l'hôpital Trousseau.

Lundi matin, 8 juillet. Elle est admise tant pour y faire traiter son pource que son état gastro-intestinal et sa toux.

Dans l'après-midi, vers les deux heures, on administre le bain de propreté; à peine quelques minutes dans le bain; on voit apparaître des mouvements désordonnés des membres et des globes oculaires, l'enfant est agitée de convulsions, elle a l'écume à la bouche.

On la retire du bain; aussitôt apparaissent des convulsions cloniques localisées au membre supérieur et inférieur du côté droit et qui durèrent près d'une demi-heure.

Ces convulsions se répétèrent pendant toute l'après-midi à des intervalles assez rapprochés.

En même temps, on notait du strabisme, de l'inégalité pupillaire, myosis de la pupille droite, pas de cri hydrencéphalique, malgré cela céphalalgie frontale assez vive; l'enfant cache sa vue, se renferme sous les draps.

On obtient la raie méningitique.

Pas de zone d'anesthésie bien marquée; hyperesthésie cutanée.

Ovaralgie gauche. nulle à droite. Pas d'anesthésie pharyngée.

Vers le soir, on observe de l'hopisthotonos, de la raideur de la nuque, de la contracture des membres.

La langue est bonne, l'appétit nul, le ventre est normal, un peu rétracté, peut-être; les selles sont absentes depuis dix jours; quelques vomissements peu abondants. — Il n'y a pas de relâchements des sphincters, pas de mictions involontaires, pas de vers.

Les urines ne renferment pas d'albumine.

Le thermomètre donne, le 8 au soir, 39°.6.

On institue le traitement de la méningite tuberculeuse, en

faisant toutefois quelque réserve au sujet de la tare nerveuse.

On administre 0.30 centigr. de calomel.

Une potion avec : KI, 1 gr. ; KR, 2 gr.

On fait des onctions de pommade iodoformée sur le cuir chevelu rasé.

Le 9 au matin, on est étonné d'entendre parler l'enfant ; elle paraissait guérie comme par enchantement. La nuit avait été sans délire, une diarrhée abondante avait débarrassé l'intestin. L'appétit était revenu ; on notait cependant la persistance d'une céphalalgie frontale légère et d'un peu de photophobie.

La température du 9 au matin atteint 38°,3.

Les signes s'amendent et l'enfant sort de l'hôpital, sur la demande de ses parents, le 14 juillet, complètement guérie, bien que le thermomètre ait toujours donné 38° en moyenne.

Comment expliquer ces manifestations méningitiques ?

Certes, il faut le reconnaître, l'hystérie a été un facteur étiologique important dans la série de ces accidents ; mais il semble qu'une constipation d'aussi longue durée doive également entrer en ligne de compte et aurait agi à la façon d'un corps étranger ou des helminthes.

Enfin, il est probable que l'impressionnabilité du sujet ait été mise en éveil par un pansement d'abord, un bain simple ensuite, et que par là même, elle ait pu provoquer des phénomènes pouvant faire croire à une méningite tuberculeuse.

Enfin, les troubles cérébraux n'ont duré tout au plus que 24 heures, et ont cessé avec de la constipation.

Observation V

Clatsse (Presse médicale. — 6 janvier 1894). — Symptômes méningitiques compliquant une bronchopneumonie. — Autopsie, absence de lésions méningées.

Un enfant de 3 ans et demi entre le 20 juin 1892, à l'infirmerie de l'hospice des Enfants assistés. Depuis plusieurs jours, il toussait un peu ; la veille, il a eu un léger état fébrile.

On trouve à l'auscultation un foyer bronchopneumonique de la base gauche.

Température : 39° 4° — 39° 8.

21 juin. — La lésion pulmonaire s'est étendue bon ; état général.

Température : 39° 2. — 40°.

22 juin. — L'enfant a vomi à plusieurs reprises. Depuis la veille au soir, il a poussé de fréquents gémissements et a eu plusieurs convulsions ; on note une photophobie très manifeste. La constipation est absolue depuis le début de la maladie.

Il existe un second foyer bronchopneumonique dans la partie moyenne du poumon droit. Le pouls est rapide et régulier :

Température : 39° 2 — 39° 8.

23 juin. — Les convulsions se sont reproduites.

Il existe un strabisme convergent très net. L'enfant a les poings fermés en pronation forcée. Les mâchoires sont serrées ; la nuque est raide. On produit facilement la raie méningitique.

Température : 39° 4 — 40° 2.

24 juin. — Etat stationnaire. Les pupilles sont resserrées ; ce myosis est inégal, plus prononcé à droite.

Température : 38° 6 — 39° 8.

25 juin. — Les muscles raidis se sont détendus. L'enfant reste inerte, respire irrégulièrement.

Le pouls, toujours très rapide, est devenu irrégulier.

26 juin. — Etat comateux. L'enfant meurt dans l'après-midi.

Autopsie. — Poumons. — On constate la présence de deux foyers hépatisés, l'un à la base gauche, l'autre dans le lobe moyen du poumon droit.

Méninges. — A part une hyperhémie modérée, les méninges sont normales et ne présentent pas de lésions inflammatoires. Le liquide céphalo-rachidien est en assez grande abondance, mais parfaitement limpide.

Examen bactériologique. — 1° *Poumons.* — L'examen bactériologique, dans le détail duquel il est inutile d'entrer ici, montre qu'il s'agit d'une bronchopneumonie à pneumocoques.

2° *Méninges.* — Un peu de liquide céphalo-rachidien,

recueilli dans une pipette stérile, est soumis à une triple vérification.

(a) Examen sur lamelles.

(b) Ensemencement en bouillon, sur agar et sur gélatine.

(c) Inoculation à une souris blanche.

Sur les lamelles colorées par divers réactifs, on ne trouve pas de bactéries. Les milieux de culture restent stériles. La souris ne meurt pas. Le liquide examiné est donc aseptique.

Observation VI

Pseudo, méningite pneumonique. — Examen bactériologique. — (André Bergé. — Soc. anat. des Hôpitaux. — Avril 1873, p. 271).

Alphonsine P.,, âgée de 4 ans 1/2, entre le 18 mai 1891, à l'infirmerie de l'hospice des Enfants assistés.

Cette enfant, envoyée en dépôt à l'hospice, offre une plaie de trachéotomie récente presque entièrement cicatrisée.

Aucun renseignement sur ses antécédents.

29 mai. — Apparition brusque d'une fièvre vive, 40° 5 le soir. — Amygdalite légère, érythème peu prononcé sur le tronc.

Les jours suivants (30 et 31 mai, 1^{er} juin), la température très élevée oscille entre 40° 2 et 41°.

2 juin. — Temp. mat. 40° 4, — soir 4° 1. L'enfant est très abattue, a la langue sèche, pas de dyspnée. Un peu de toux. Rien à l'auscultation des poumons et du cœur. L'érythème a disparu sans desquamation; la gorge est normale. Urine colorée, albumineuse.

3 juin. — T. m. 39° — s. 39° 9, L'enfant est dans un état à peu près comateux, les paupières closes, les yeux convulsés en haut, avec, par moment, un certain degré de raideur des membres. Elle pousse en même temps des cris aigus. Raideur de la nuque. Constipation. — Ventre retractoré. Urine albumineuse. Pas de vomissements.

Du 3 au 7 juin. — La température qui s'est abaissée oscille entre 38° et 39°. Les symptômes restent à peu près les mêmes et sont, sauf l'absence de vomissements, les signes communs de la méningite tuberculeuse : état subcomateux, raideur de la nuque, yeux convulsés, cris aigus, ventre retracté en bateau, constipation, amaigrissement prononcé ; yeux cernés, excavés. Pâleur.

Le 8 juin, jour de la mort, la température qui était la veille à 38° subit un relèvement final qui atteint 41°.

Les symptômes pulmonaires sont insignifiants : toux légère, pas de dyspnée manifeste.

Auption pratiquée le 10 juin au matin.

Méninges, absolument normales, pas de granulations, pas de trainées purulentes le long des vaisseaux ; aucune altération appréciable. Liquide céphalo-rachidien peu abondant, clair, transparent.

Encéphale. — Sans altération ; la surface interne des ventricules offre son « poli » normal, somme toute : aucune trace de méningite tuberculeuse ou autre.

Poumons. — Le sommet du poumon droit est hépatisé en masse : hépatisation rouge dans sa plus grande étendue, grise en avant, le lobe inférieur gauche renferme aussi un noyau d'hépatisation grise assez volumineux. Il y a du pus dans la trachée et les bronches. Les ganglions juxta-trachéaux sont tuméfiés, de couleur rouge foncé. Pas de ganglions caséeux, pas de noyaux tuberculeux dans les poumons.

Cœur rien. — *Foie* congestionné. — *Reins* congestionnés. — *Rate* volumineuse.

Examens bactériologique. — Du liquide céphalo-rachidien enseimencé 14 heures après la mort sur trois tubes de gélose et quatre tubes de gélatine n'a donné aucune culture.

Cette observation, comme la précédente, nous montre bien qu'à côté des méningites pneumoniques avec présence du pneumocoque dans les méninges, il existe des pneumonies accompagnées de phénomènes nerveux simulateurs de la méningite et pour lesquels l'examen bactériologique reste négatif.

Dans pareil cas, il faut évidemment incriminer les toxines-sécrétées par le pneumocoque au niveau du poumon ; ces toxines

charriées par le sang venant au contact de méninges éminemment excitables provoquent le syndrome complet de la méningite.

Observation VII

Un cas de méningite grippale — Résumée

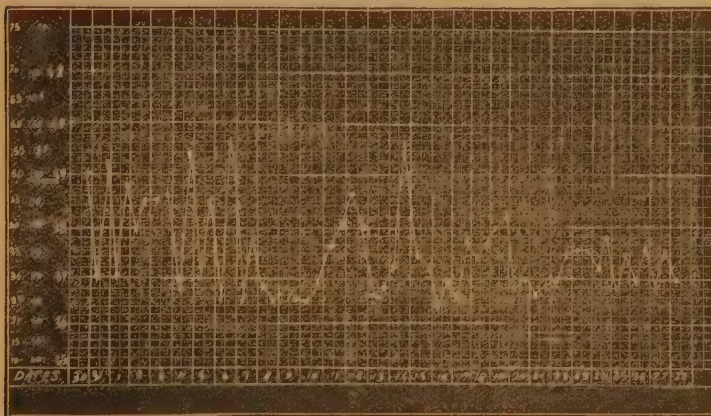
(D^r Sevestre. *Rev. des maladies de l'enfance*, juillet 1893).

M... Alphonse, âgé de 8 ans, entre le 30 décembre 1893, à l'hôpital Trousseau, Salle Lugol n° 6.

Pas de tare héréditaire. L'enfant a eu une rougeole et la scarlatine il y a deux ans.

Actuellement malade depuis 15 jours, se plaignant de la tête et du ventre, il a eu à plusieurs reprises des vomissements bilieux ou alimentaires. Pas de saignement de nez. Constipation depuis le début de la maladie.

30 Décembre. — En arrivant à l'hôpital, on le trouve couché en chien de fusil, la tête sous les draps, grognon, ne répondant pas aux questions qu'on lui pose, poussant de temps à autre un



cri plaintif, ne prononçant que ces mots : « j'ai mal à la tête ».

On constate en outre, une raideur complète de la nuque ; le

ventre est retractoré, la raie méningitique est très appréciable.

Le pouls est petit, irrégulier, 112 pulsations, de temps en temps intermittent, une pulsation manque toutes les 8 ou 10 pulsations.

Les pupilles sont inégales, la gauche est légèrement plus large.

La respiration est irrégulière.

La langue est saburrale, constipation opiniâtre. La température est à 39°.

31 Décembre. — Même état que la veille, pas de vomissements.

La température tombe à 37°.

On donne 0.40 centigr. de calomel.

Le soir, même état, la température est remontée à 39°2.

1^{er} Janvier. — Nouvelle chute de la température à 37°. Le ventre est ballonné, selles diarrhéiques. Aucun symptôme de fièvre typhoïde.

Rien à l'auscultation des poumons.

Le soir la température remonte à 38°9, malgré l'injection d'un gramme d'antipyrine en 2 fois.

2 Janvier — Même état, la constipation reprend, on la combat avec des lavements. Température 38° et 38°5.

3 janvier. — Température 38°5. Nuit meilleure. Le ventre est ballonné mais la constipation persiste.

La respiration est redevenue régulière, l'intermittence du pouls a disparu ; l'enfant à l'air moins abattu et répond aux questions qu'on lui pose.

On donne cinq bains froid dans la journée à 20° et de cinq minutes, dans l'hypothèse qu'il s'agit d'une grippe méningée. Température le soir 38°5.

Pas de bains la nuit.

4 Janvier. — Température 36°8, Le mieux s'accroît, l'attitude en chien de fusil s'atténue, mais persistance de la raideur de la nuque et de la céphalgie.

Le soir la température remonte à 39°4, on ordonne un bain.

5 janvier. — Le mieux continu, 2 bains dans la soirée à 6 heures et à 11 heures.

6 Janvier. — Même état.

7 *Janvier*. — La température est tombée à 36°5. Disparition à peu près complète de tous les symptômes méningés. Amélioration considérable, il ne persiste qu'un peu de raideur de la nuque.

Dans la soirée, la température étant remontée à 39°2 on donne un bain froid.

8, 9, 10 *janvier*. — Le mieux persiste, les nuits sont excellentes, la température oscille entre 36° et 37°.

11 *janvier*. — Température 37°6, le matin un vomissement bilieux sans cause, l'enfant redevient triste, attitude en chien de fusil, pas de modifications de la respiration, le soir 38°.

12 *Janvier*. — Température 38°6, l'enfant cache la tête sous les draps. Raideur de la nuque, raie méningitique. Pouls (101), respiration irrégulière.

On ordonne 0.40 centigr, de calomel.

13 *janvier*. — Amélioration, mais l'abattement persiste.

Température 36°6, 36°8.

14 *Janvier*. — Le soir, la température remonte brusquement à 39°5. Céphalée. Raideur de la nuque plus marquée. Pouls petit, inégal.

Respiration irrégulière. Attitude en chien de fusil.

Constipation opiniâtre. Ventre très rétracté.

15 *janvier*. — Même état.

16 *janvier*. — Amélioration considérable, tous les signes ont disparu.

L'enfant est assis sur son lit et parle.

17 *janvier*. — L'état de l'enfant est excellent.

19 *janvier*. — La température remonte, sans aucun phénomène nouveau. A partir de ce jour la température tombe à 37° oscille entre 37° et 37°7, l'enfant qui avait beaucoup maigri pendant sa maladie reprend de jour en jour, et le 1^{er} février il est en très bon état, absolument guéri, se promenant toute la journée.

Ce qu'il y a de particulier dans cette observation c'est la série de rechutes successives qui ont présenté une gravité de moins en moins grande, l'apparition et la disparition rapide des symptômes les plus inquiétants, les écarts et les irrégularités de la courbe thermique. Il y a là quelque chose qui ne se retrouve

pas dans la méningite tuberculeuse, et qui permettrait presque à coup sûr de faire le diagnostic différentiel, d'autre part, le tracé thermographique est caractéristique et présente de grandes analogies avec la courbe d'une infection grippale.

Observation VIII

J. Simon (Semaine médicale, 1^{er} juin 1887).

Un cas de pseudo-méningite paludéenne.

Je me rappelle avoir vu, il y a quelques années, dans un des quartiers avoisinant le canal St-Martin, un jeune enfant de deux ans et demi, dont le frère, quelque temps auparavant, était mort atteint de troubles cérébraux innommés, mais rappelant à bien des égards, la méningite tuberculeuse. Le petit malade avait présenté des vomissements, de la céphalée, des convulsions, les jours précédents, et, lorsque je le vis il était dans le coma presque complet ; jugeant la situation désespérée, je portai un pronostic des plus défavorables, et, sans grand espoir, je l'avoue, je lui fis prendre à plusieurs reprises, dans la journée, du sulfate de quinine jusqu'à 0,70 centigrammes, dans les 24 heures.

L'enfant était si abattu, si étourdi, le pouls se ralentissait à un degré tel, que nous lui administrâmes de fortes doses de café, pour chercher à le sortir de la torpeur dans laquelle il était plongé.

Le lendemain cependant, l'intelligence semblait un peu plus dégagée et de nouveau il prit une dose de quinine de 0.50 centigrammes ; mais je m'attendais à apprendre à chaque instant l'issue fatale qui suit de si près la rémission de la méningite.

Aussi lorsque j'arrivai à l'heure de ma visite habituelle, le surlendemain, quel ne fût pas mon étonnement, de voir le petit malade condamné de la veille, souriant, au milieu de ses jouets favoris !

Ce qui rend ce fait encore plus intéressant et plus démonstratif, c'est qu'après deux ou trois mois, malgré le changement

de quartier, mon petit malade fût pris de nouveau des mêmes accidents, convulsions, vomissements, et que comme la première fois, le sulfate de quinine le guérit radicalement en fort peu de jours ; depuis il est devenu un grand garçon de parfaite santé.

Je suis convaincu qu'à Paris, surtout dans les quartiers où se pratiquent les déblayements de terrains ou l'on élève beaucoup de constructions, il y a des causes qui peuvent donner lieu à des attaques congestives cérébrales relevant de l'impaludisme et tributaires du sulfate de quinine.

Observation IX

Klein (France médicale, 1891, n° 16 et 17)

Deux cas de méningite tuberculeuse guéris (Résumée)

Garçon de deux ans et quelques mois, atteint de broncho-pneumonie, à foyers disséminés des deux côtés de la poitrine.

Antécédents. — Rougeole bénigne à 8 mois ; attaque d'influenza au mois de février dernier.

Dentition facile, élevé au biberon à partir de l'âge de 4 mois.

Il a commencé à parler à 8 mois et à marcher à 15 mois.

L'enfant a toujours été très nerveux et très remarqué pour son intelligence précoce.

Hérédité nerveuse très chargée du côté maternel. La mère est extrêmement nerveuse ; elle a eu des convulsions très fréquentes dans les premières années de sa vie, et a été sujette à des hémoptysies pendant toute sa jeunesse. Une tante maternelle plus nerveuse encore que la mère et dypsomaniaque. Une cousine fraternelle est morte de méningite à l'âge de 3 ans.

Au premier examen, le 26 avril, on constate un léger degré de strabisme et du nystagmus, venant compliquer cette broncho-pneumonie.

Le 27 avril. — Température 39°6.

Intermittence du pouls, photophobie, strabisme plus prononcé que la veille, inégalité pupillaire et nystagmus.

La nuit du 27 au 28 a été marquée par une crise de convulsions avec agitation extrême suivies de pelotonnement de l'enfant, de cris hydrencéphaliques.

Le bras droit se contracture, l'avant-bras et la main se mettent en pronation forcée. En même temps, vomissements de matières verdâtres, constipation tenace existant dès le début de la maladie, respiration de Cheyne-Stockes, pouls intermittent, température 39°3.

Le 28 *avril*. — Contracture du bras gauche en pronation forcée.

La température descend à 38°5.

Le 29 *avril*. — mêmes symptômes.

Dans la *nuit du 29 au 30*, nouvelle crise de convulsions, cependant l'enfant s'est endormi un peu sur le matin.

Le 30 *avril*. — Les membres inférieurs se contracturent à leur tour ; les supérieurs paraissent moins raides, ils sont inertes, paralysés, tout en gardant leur sensibilité.

Puis, pendant quinze jours, alternatives d'amélioration et d'aggravation ; la température se maintenant toujours autour de 38°, les convulsions ne se sont plus renouvelées, l'agitation est moins vive. Les paralysies présentent également des alternatives.

Vers le 15 *mai*, amélioration très marquée, à la *fin de juin*, guérison complète.

La seconde observation concerne une femme adulte et ne rentre pas dans le cadre de notre sujet.

Dans cette première observation, l'auteur admet la nature tuberculeuse de la broncho-pneumonie et de la lésion cérébrale, mais il n'y a aucune raison pour l'affirmer ; d'abord l'examen des crachats n'a pas été fait, ou du moins s'il a été fait, il n'en est pas question, ensuite les commémoratifs ne sont pas concluants en faveur de la tuberculose.

Nous croyons avoir affaire à un cas de méningisme et nous avons bien des raisons pour le croire : des antécédents nerveux aussi caractéristiques, une attaque d'influenza à peine éteinte, un état infectieux du poumon encore en voie d'évolution, voilà de quoi engendrer du méningisme. Si nous analysons le tableau clinique, nous trouvons des convulsions presque au début, des

symptômes nerveux très accusés, des contractures, cette marche bizarre avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, qui amène à la guérison, comme à regret ; tous ces signes, en un mot, simulent le syndrome à peu près complet du méningisme, et c'est pour cette raison, que nous avons tenu à rapporter cette observation.

Observation X

Charcot. (Leçons du Mardi, n° 14.) 1880

Accidents hystériques et choréiques ayant simulé la méningite algüe.

Il s'agit d'un cas où plusieurs médecins des plus distingués avaient été conduits à déclarer qu'une jeune fille de 14 ans était atteinte de méningite et en danger de mort. Il ne s'agissait cependant, et l'avenir le démontrait, que d'hystérie.

Il y a une pseudo-méningite hystérique.

Donc un jour je reçus chez moi une famille véritablement éplorée. Tout le monde pleurait, le mari, la femme, etc. C'était en désespoir de cause qu'on s'adressait à moi. On croyait avoir épuisé les dernières ressources et, de fait, le verdict avait été prononcé, je le répète, par des médecins éminents. J'avais prié mes confrères de la pédiatrie de se rendre en même temps que moi dans la maison. Je ne sais ce qui les a empêchés, mais le fait est qu'ils ne sont pas venus. — Avaient-ils dans l'idée qu'un médecin de la Salpêtrière n'a pas grand chose à dire quand il s'agit de maladies des enfants ? — Je me rendis quand même à l'invitation de la famille. J'y trouvai là un confrère très intelligent du reste, et très éclairé, qui me conta l'histoire.

J'entrai dans la chambre de l'enfant. A peine m'eût-elle aperçu qu'elle se mit à exécuter, à l'aide des mains, une série de mouvements rythmés qui me parurent absolument caractéristiques. Les mains se présentaient tantôt par la paume, tantôt

par le dos, frappaient avec une grande rapidité les genoux en cadence.

Oh ! dis-je, voilà une singulière méningite ; c'est peut-être hier, peut-être avant hier, mais à coup sûr aujourd'hui, c'est l'hystérie qui est en jeu. J'adressai à l'enfant qui, du reste, me paraissait assez éveillée, quelques questions :

— Souffrez-vous de la tête ? — Oui, un peu au cou et sur la tête. Alors je lui mis la main sur le sommet de la tête et j'exerçai un léger frôlement. Il y avait là une espèce de plaque très sensible, ce qui me rappelait ce que nous savons des plaques hystériques. On m'avait dit que la malade avait vu double, qu'elle avait vomi, et ce sont là probablement des symptômes qui ont donné du poids au diagnostic porté ; mais en réalité la diplopie n'a jamais été régulièrement constatée. Mon opinion était faite. Je rentrai dans la pièce où se tenaient les parents et je leur dis : Séchez vos larmes (ils me regardaient avec une sorte de stupéfaction), à moins que je ne sois absolument aveugle, je vous déclare que votre enfant n'est pas le moins du monde atteinte d'une méningite, en ce moment du moins et, entre nous, je crois bien qu'elle ne l'a jamais été. Trois ou quatre jours après, l'enfant était sur pied, il s'était agi d'un petit orage hystérique. Voilà à quoi sert la connaissance de l'hystérie et de la chorée rythmée en particulier.

Observation XI

Ollivier (Congrès de Marseille pour l'avancement des sciences, 17 septembre 1891, et Gazette Médicale de Paris, 26 septembre 1891).

Un cas de fausse méningite tuberculeuse de nature hystérique.

Fillette de 6 ans souffrante depuis 8 ou 10 jours.

Antécédents héréditaires mauvais.

Père a succombé à la phtisie pulmonaire. Elle même, mai-

gre, chétive, paraissant tuberculeuse, se plaignant de maux de tête et de constipation.

Le lendemain de son entrée, somnolente, répond d'un air maussade aux questions qu'on lui adresse, très vite impatientée, elle enfonce sa tête dans l'oreiller et nous tourne le dos.

Le lendemain elle présente le décubitus en chien de fusil, puis les jours suivants, de la photophobie, de l'hyperesthésie cutanée, des grincements de dents, mâchonnement, ventre en bateau ; raie méningitique très manifeste, pouls lent et irrégulier, mydriase, nystagmus, la petite malade pousse des gémissements et des cris ; elle a des mouvements convulsifs des membres, un délire surtout nocturne et enfin tombe dans le coma.

Ces diverses péripéties s'étaient produites en une douzaine de jours, il y avait donc lieu de supposer que la terminaison était prochaine et que la pauvre enfant ne sortirait pas du coma.

On fit des applications de glace sur la tête, des frictions mercurielles, des injections d'ergotine, on mit des vésicatoires sur la nuque et on donna des purgatifs répétés et de l'iodure de potassium à doses élevées, l'état général s'améliora graduellement et au bout de dix semaines, l'enfant put partir à la campagne.

J'avais toujours considéré ce cas comme un exemple indiscutable de méningite tuberculeuse guérie, lorsque cette jeune fille que je n'avais pas revue depuis sept ans, me fut ramenée par sa mère au mois de juin dernier. A cette époque je constatai ce qui suit : la menstruation n'est pas encore établie, le tempérament nerveux qui a toujours existé s'est manifesté de plus en plus avec l'âge : rires et pleurs faciles, terreurs nocturnes, cauchemars, grincements de dents, névralgies intercostales, rachialgie, reflexe pharyngien diminué, etc.

Evidement, l'enfant était une nerveuse et une hystérique. Nous sommes donc nécessairement amenés à nous demander si la maladie de 1884 était liée à une phlegmasie tuberculeuse vraie des enveloppes encéphaliques et si ce n'était point plutôt une manifestation hystérique à forme méningitique.

Observation XII

Dr Reynaud (Loire médicale, n° 3, 1886)

*Pseudo-méningite hystérique avec fièvre, simulant une
méningite tuberculeuse.*

Jeune fille de 14 à 15 ans. Premières règles datant de quelques jours à peine. Pas d'accidents nerveux jusqu'à l'époque actuelle.

Père mort d'un transport au cerveau. Mère nettement névropathique.

Début. — Grande frayeur pendant la nuit du 4 au 5 décembre 1885, à cause des cris d'alarme poussés dans une maison voisine. Le lendemain à son réveil, cette jeune fille a été prise de vomissements violents et répétés, d'un délire intense revêtant le caractère professionnel.

Etat actuel. — A notre arrivée, les vomissements et le délire persistent, la malade reste couchée ; sa face est pâle, mais devient parfois le siège de rougeurs subites.

Le 6 Décembre. — Insomnie absolue, délire et vomissements comme la veille, céphalalgie violente, surtout localisée à la région frontale gauche. La fièvre ne paraît pas élevé.

Le 7 Décembre. — Pouls 105. Température 38°3. Délire plus tranquille. Ventre rétracté, constipation absolue ; on note toujours de brusques changements de coloration à la face. Pas de raideur de la nuque. Légère tendance à la contracture dans le bras gauche et douleurs le long des membres inférieurs.

Un de nos confrères appelé en consultation à cette période de la maladie, nous confirme dans l'idée d'une méningite tuberculeuse, que la céphalalgie, les vomissements, la constipation le délire et surtout la fièvre nous avaient fait soupçonner.

Le 8. — Pouls 104. Température 37°9. Calme relatif.

Le 9. — Pouls 102. Température 37°8. Amélioration sensible, mais lassitude et faiblesse générales.

Le 14. — Retour de douleurs vives à la tête et aux mem-

bres. Le délire réapparaît, et on constate un peu d'inégalité pupillaire.

Le 15. — Tout est rentré dans l'ordre et sauf quelques bizarreries de caractère, la malade a repris le cours de ses occupations.

Observation XIII

Bezy (Soc. de méd. et de chirurgie de Toulouse) 1^{er} février 1894.

Helminthiase simulant la méningite

Jeanne R..., 8 ans. Conduite à la consultation de la clinique, le 12 juin 1893. Rien de particulier dans ses antécédents.

Depuis quelque temps, l'enfant présente des nausées, des vomissements, de la céphalalgie, de la fièvre, de la constipation, de l'amaigrissement.

Un fait frappe chez cet enfant: c'est que son visage présente cette teinte grisâtre et cette accentuation des sillons que certains auteurs ont décrit sous le nom de facies vermineux. Afin de savoir ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans cette dénomination, et avant de discuter la question de savoir si ces accidents étaient d'ordre méningitique, on donna à l'enfant cinq centigrammes de santonine pendant trois jours de suite. Le troisième jour, la constipation continuant, l'enfant rend un ascaris.

Le 16 juin, on formule 3 grammes de naphthol en trois paquets. Le 1^{er} paquet est suivi de l'expulsion d'un ascaris. Pour les deux autres jours, rien de particulier.

Le 21 juin, on revient à la santonine, et la première dose est suivie de l'expulsion d'une ascaris femelle de grande dimension. Les deux jours suivants, aucun ver n'est rendu.

Les maux de tête ont disparu; l'état général devient bon.

Observation XIV

Bezy (Soc. de médecine et de chirurgie de Toulouse) 1^{er} février 1894.

Helminthiase simulant la méningite.

Rosalie R..., 6 ans. Salle Sainte-Philomène. n° 49. Conduite à la clinique le 31 janvier 1893, pour misère physiologique. Père mort tuberculeux, mère anémique. En juillet 1893, impétigo qui disparaît peu après sous l'influence d'un traitement approprié et laisse après lui de l'engorgement ganglionnaire cervical. Un ganglion, situé près de l'angle gauche de la mâchoire inférieure, persiste après les autres.

A la fin de décembre 1893, l'enfant était en bon état, lorsque paraissent des vomissements très intenses, avec constipation, céphalalgie, abattement, ventre en carène. Du 29 décembre 1893 au 3 janvier 1894, ces phénomènes s'accroissent. Le 3 janvier, l'enfant en rendant un lavement purgatif, émet un ascaris. Depuis ce moment les accidents méningitiques disparaissent. A l'heure actuelle l'enfant est en bonne santé.

Observations XV à XVIII

Quatre cas de pseudo-méningite vermineuse — (Bouchut. Traité des maladies des nouveaux-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance).

Obs. XV. — Un élève en pharmacie me fit demander. Il venait d'être pris de fièvre et d'horribles douleurs de tête, avec vomissements et un peu de constipation. Son pouls était à la fois fréquent et intermittent. Il venait d'avoir une épistaxis assez considérable. Je redoutais une méningite ou peut-être une fièvre irrégulière, à cause de l'âge du sujet et de l'épistaxis ; en un mot, j'étais incertain de la signification de ces symptômes, mais l'ir-

régularité du pouls, la céphalée, les vomissements et la constipation semblaient indiquer le début d'une phlegmasie cérébrale commençante. Je donnai, au deuxième jour, un purgatif, qui amena des vomissements, de la bile, et le rejet de deux lombrics par la bouche. Le lendemain, toute fièvre avait cessé, les douleurs de tête étaient à peine appréciables, et le malade se trouvait beaucoup mieux. Quelques jours après il était entièrement guéri.

Obs. XVI. — A l'hôpital, en 1868, je reçus une petite fille de trois ans qui était triste et maussade depuis quinze jours. Tout à coup, elle se mit à vomir et à refuser les aliments. Elle avait de la somnolence et de l'abattement, le pouls un peu inégal et irrégulier, mais elle ne se plaignait d'aucun point du corps. Elle allait peu à la garde robe, mais des évacuations naturelles avaient lieu de temps à autre. Huit jours se passèrent ainsi lorsque tout à coup elle vomit plusieurs lombrics, et elle se rétablit en quelques jours.

Obs. XVII. — Une jeune fille de six ans, rendait avec ses excréments des quantités d'oxyures vermiculaires considérables, et depuis huit jours elle avait de vives douleurs de tête, à la région occipitale, sans vomissement, ni constipation, ni changement d'humeur.

A son entrée à l'hôpital, elle n'a pas d'appétit. Son pouls bat 80, est inégal et elle a eu, il y a trois jours, quelques heures d'égarement intellectuel, avec hallucination de l'ouïe et de la vue. Elle croyait s'entendre appeler et voyait en face d'elle, des images sinistres qui la faisaient crier de frayeur. Ses pupilles sont fortement dilatées et peu sensibles à la lumière.

La papille est petite, confuse, voilée par une hyperhémie capillaire sanguine assez intense, et il n'y a rien dans les vaisseaux et la rétine.

Calomel 0,50 centigr. L'enfant a rendu un grand nombre de vers de l'espèce oxyure. Pas d'hallucination. Trois jours après, elle fut guérie.

Obs. XVIII. — Enfant de 4 ans, entre à l'hôpital des Enfants.

Elevée en Normandie, où elle a eu la petite rougeole et la

scarlatine, est à Paris depuis trois mois. Depuis lors, elle a rejeté beaucoup de vers lombrics. Un biscuit vermifuge lui en a fait rendre une quantité et six jours avant son entrée dans le service, elle a été prise de violents maux de tête, sans vomissements, avec constipation et fièvre.

A l'hôpital, elle rend spontanément un lombric par la bouche, plusieurs autres par les selles. Le calomel en fait rendre d'autres.

L'enfant restait somnolente, à peu près sans connaissance, avec un peu d'hémiplégie incomplète à droite, sans anesthésie ; elle poussait des cris et des soupirs, elle avait des rougeurs intermittentes du visage, et une température de la peau variant entre 38° le matin et 40° le soir.

A l'hôpital, il n'y a pas eu de vomissements et pas de garde robes.

Les yeux présentaient une névrite optique très caractérisée, avec des stases veineuses, des dilatations variqueuses des veines rétiniennes, et un nuage hyperhémique couvrant la papille.

L'enfant a pris pendant deux jours le calomel contre les vers, puis pendant deux jours, un gramme de sulfate de quinine, et à ce moment ont apparu de violentes convulsions, au milieu d'une fréquence et d'une petitesse du pouls très grandes, mais l'hémiplégie n'a pas augmenté.

Les phénomènes sont restés à peu près les mêmes pendant deux jours, ainsi que les lésions de la rétine et de la papille.

Mort le 16 mai. 7 jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie. Phénomènes de congestion intense des méninges, sans trace de purulence. Congestion de la rétine et de la choroïde. L'intestin est rempli de matière liquide, verdâtre, au milieu de laquelle on trouve une *grande quantité de lombrics*.



CONCLUSIONS

1° Tout organisme, en état d'infection, et en puissance d'hystérie, peut à un moment donné, présenter des signes de méningisme.

2° Toutes les infections, sous quelque forme qu'elles soient, apparentes ou larvées, semblent pouvoir engendrer le syndrome méningitique aux différentes phases de leur propre évolution.

3° La nature variable de l'infection causale n'engendre pas une variété clinique du méningisme, c'est à dire que le méningisme est un, malgré la diversité des infections qui ont provoqué son apparition.

3° L'anatomie pathologique ne décèle aucune lésion au niveau des zones meningo-corticales ; les symptômes méningés seraient dûs aux toxines secrétées par les micro-organismes dont le développement est favorisé par un état infectieux dans un organisme débilité et hypérexcitabile.

5° Il y a un rapport de cause à effet entre certains troubles intestinaux tels que l'helminthiase, une constipation prolongée, la présence de corps étrangers et l'apparition du méningisme.

6° Les commémoratifs, le début presque toujours aigu

et accompagné de convulsions, la nature des symptômes, les brusques variations de la courbe thermique, l'heureuse influence d'une thérapeutique appropriée, permettent, en général, de faire le diagnostic ou du moins de l'entrevoir.

7° Le méningisme présente, en général, un pronostic favorable et marche presque toujours vers la guérison.

Vu : Le Doyen
BROUARDEL.

Vu :
Le Président de la Thèse,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

- Adenot.** — Méningites microbiennes (Gaz. des hôpit., 28 juin 1890).
— — — — — (Thèse de Lyon 1889).
— — — — — Méningite due probablement au bacille typhique (Société des Sciences médicales, Lyon 1889).
- Alison.** — Mémoire sur les symptômes et les complications de la grippe (Arch. génér. de médéc. Avril-mai 1870).
- Axenfeld et Huchard.** — Traité des névroses.
- Barié.** — Fièvre hystérique (Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1886).
- Bardol.** — Symptômes hystériques simulateurs de la méningite (Revue des maladies de l'enfance, juillet 1893).
- Bezy.** — Méningite et méningisme chez l'enfant (Société de médéc. et de chirur. de Toulouse, 1^{er} février 1894).
(Revue des maladies de l'enfance, 1893, p. 580).
- Bouchut.** — Traité des maladies des nouveaux-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance.
- Boulay.** — Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche (Thèse de Paris, 1891).
— — — — — De la fièvre hystérique (Gaz. des hôpitaux, 27 déc. 1890).
- Bidon** (de Marseille). — Etude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889-90 sur le système nerveux (Revue de médecine, Août 1890).
- Briand.** — Fièvre hystérique (Thèse de Paris, 1887).
- A. Bergé.** — Bulletin de la Société anatomique, 1893, p. 294.
- Chantemesse.** — Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte, les formes anormales en particulier (1884).
— — — — — Inversion de la formule des phosphates urinaires (Société médicale des hôpitaux, 22 mai 1891).

- Charcot.** — Accidents choréiques et hystériques ayant simulé la méningite aiguë (Leçons du mardi, n° 14, 1880).
- Cadet de Gassicourt.** — Maladies de l'enfance. — Leçons sur la méningite, tome III.
- Claisse.** — Pseudo-méningite (Presse médicale. 6 janvier 1894).
- Comby.** — La grippe chez les enfants en décembre 1889, janv. 1890. (Société médicale des hôpitaux, février 1890).
- Coromilas.** — Méningite pneumonique (Bulletin de la Société de médecine pratique, Paris, 1^{er} octobre 1891).
- Crouzet.** — Fièvre hystérique (Thèse de Paris, 1895).
- Debove.** — De la fièvre hystérique (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1885).
- Delezenne.** — Étude clinique de la grippe à forme typhoïde (Revue de médecine, 10 octobre 1892).
- De Brun.** — Manifestations nerveuses de la grippe (Médecine moderne, 30 octobre, 13 novembre 1890).
- D'Espine et Picot.** — Manuel des maladies de l'enfance.
- E. Dupré.** — Méningisme (Article du Manuel de médecine).
- Debove et Achard.** — (Congrès de Lyon, novembre 1894).
- Fernet.** — Méningite typhoïde (Soc. méd. des hôpitaux, 3 juil. 1891).
- Gaucher.** — Forme méningitique de la grippe (Soc. des médic. des hôpitaux, 14 mars 1890).
- Gintrac.** — Art. méning., Diction. Jaccoud.
- Grasset.** — Pneumococcie méningée (Sem. méd., 7 mars 1894).
- Huchard.** — Grippe. Formes cliniques. Ses rapports avec d'autres maladies (Rev. gén. de clinique et de thérapeut., 26 décembre 1889, 2 janvier 1890).
- La pseudo-méningite hystérique (Rev. gén. de clinique et thérapeut., n° 31, 1890).
- Hutinel.** — Méningites à pneumocoques. Symptômes méningitiques dans la pneumonie (Sem. médic., 22 juin 1892).
- Juhel-Renoy.** — Forme méningitique de la grippe (Société médicale des hôpitaux, 14 mars 1890).
- Klein.** — Deux cas de méningite tuberculeuse guérie (France médic., 17 avril 1891).

Laveran. — Art. méningite. Diet. Dechambre, t. III, 4^e série, p. 658.

Legendre. — La grippe actuelle chez les enfants (Revue pratique d'obstétr. et d'hyg. de l'enfance, déc. 1889).

Levillain. — Contribution à l'étude de la méningite due au bacille d'Eberth (Thèse de Paris, 1895).

Lebon. — Pseudo-méningites vermineuses (Journal des connaissances médicales, 1835-37 ; 29 cas, 1 mort).

Levêque. — Etude sur la pseudo-méningite grippale chez l'enfant (Thèse de Paris, déc. 1893).

Leyden. — Soc. de méd. intern. de Berlin. (6 janvier 1890).

Macé. — Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques (Thèse de Paris, 1888).

Mendel. — Pseudo-méningite tuberculeuse guérie (Berlin, Klin. Woch. 2 avril 1884).

Mesnard. — Pseudo-méningite chez un garçon de 8 ans (Ann. de polyclin. de Bordeaux, 1^{er} octobre 1892).

Netter. — De la méningite due au pneumocoque (avec ou sans pneumonie) (Arch. générales de méd. 1877).

Ollivier. — De la fausse méningite tuberculeuse de nature hystérique chez les enfants. — (Gaz. méd. de Paris, 26 septembre 1891 ; Congrès de Marseille pour l'avancement des sciences, 17 septembre 1891).

Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme (Tome I, p. 199. — Accidents hystériques simulant la méningo-encéphalite chronique).

Porte. — Méningite grippale (Dauphiné médical, 1^{er} Juin 1894).

Reynaud. — Pseudo-méningite hystérique avec fièvre simulant une méningite tuberculeuse (Loire médicale, n^o 5, 1886).

Sevestre. — Forme méningitique de la grippe (Soc. méd. des hôpitaux 28 mars 1890).

— Un cas de méningite grippale (Rev. des mal. de l'Enfance Juillet 1893).

G. Simon. — Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse (Gaz. des Hôpitaux 3 Novembre 1887 et Sem. médicale 1^{er} Juin 1887.)

- Pneumonie et méningite (méd. mod. 19 Décembre 1894).
- Souques.** — Syndromes hystériques simulant les maladies organiques du névraxe (Thèse de Paris 1891).
- Talamon.** — La grippe et les microbes (méd. moderne, 6 Fév. 1890).
- Trastour.** — Formes nerveuses de la grippe (Thèse de Paris 1893).
- Traité de médecine.** — (Charcot et Bouchard).
- Tuja.** — Un cas de pseudo-méningite hystérique (Province méd., 26 nov. 1892).
- Tordeus.** — Méningite simple survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde et évoluant à la manière d'une méningite tuberculose (Journal de médecine de Bruxelles 1890).
- Virey.** — Formes cérébrales de la grippe (Thèse de Paris 1893).
- Wunderlich.** — De la température dans les maladies.

